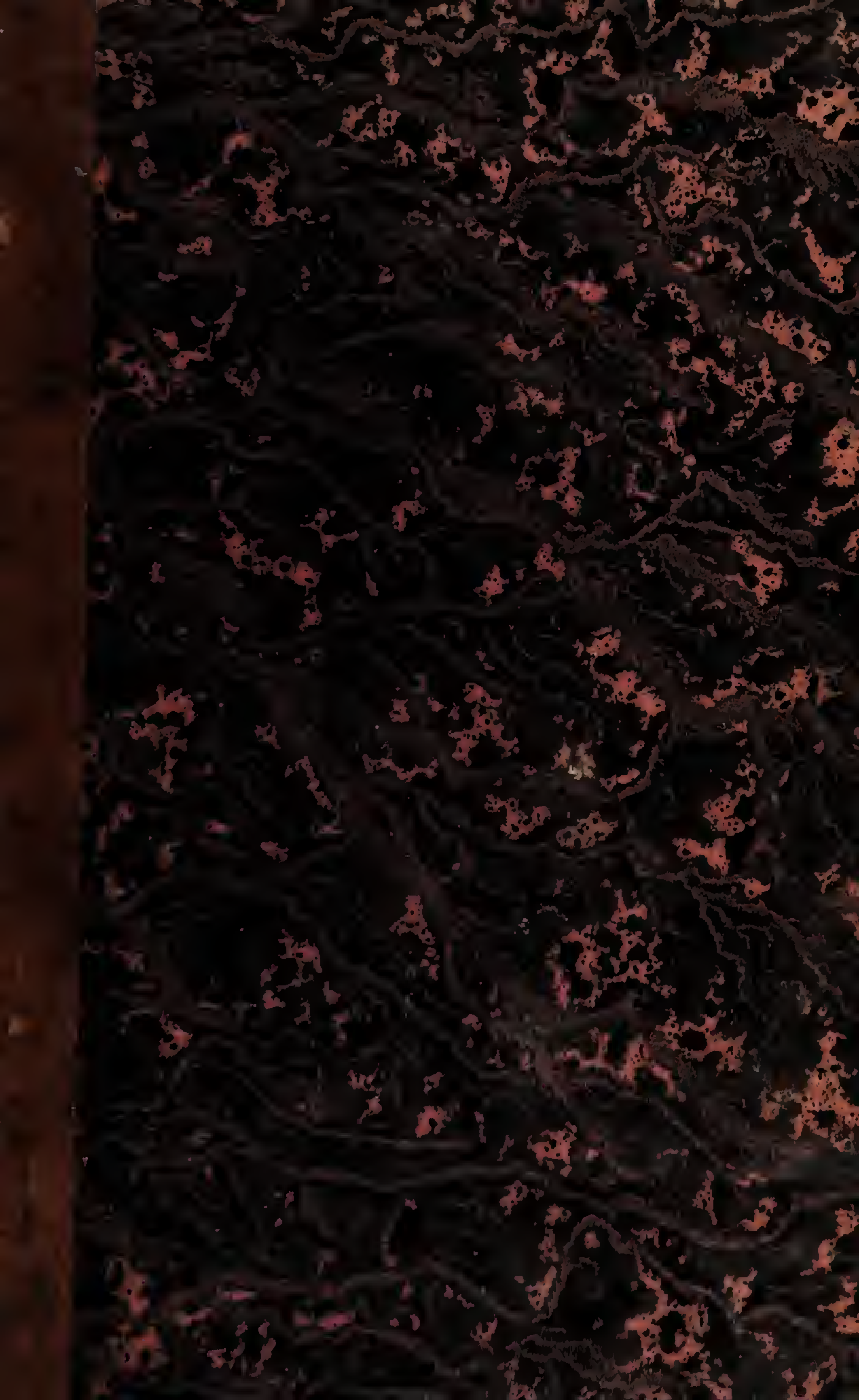


DELLA

MEDICINA OPERATORIA

DI R. B. SABATIER

Chirurgo in capo dello Spedale degl' Invalidi; membro della Legion d'Onore, dell' Istituto di Francia e di varie Accademie nazionali ed estere; professore alla Facoltà Medica di Parigi, ec.

NUOVA EDIZIONE DEL 1822.

Fatta sotto gli occhi del Barone DUPUYTREN, *membro della Legion d'Onore, dell' ordine di S. Michele ec.; chirurgo in capo dell'* Hôtel-Dieu, *e professore alla Facoltà Medica di Parigi; ispettor generale dell' Università, ec.*

DA L. G. SANSON

DOTTOR DI CHIRURGIA DELLA FACOLTA' MEDICA DI PARIGI, ec.

E DA L. G. BEGIN

CHIRURGO MAGGIORE ALLO SPEDALE MILITARE DI METZ.

Riveduta sul testo della seconda edizione, ch' è interamente conservata, ed aumentata delle generalità sulle operazioni e su le medicature, dell' anatomia chirurgica delle parti, dell' indicazione dei metodi recentemente scoperti, e finalmente del confronto e valore dei metodi e dei processi relativi a ciascuna operazione.

VERSIONE DAL FRANCESE.

TOMO III.

NAPOLI,

PRESSO GENNARO MATARAZZO.

1822.


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

DELLA

MEDICINA OPERATORIA

SEZIONE TERZA

DEI PROCESSI OPERATIVI

DI CUI SI FA USO NELLA CURA DELLE FISTOLE.

La cura delle fistole prodotte dall' apertura di un canale escretore o per il cangiamento del modo di essere delle cavità ove terminano le ulcere, come quelle della cornea, le fistole lacrimali, le fistole salivari, quelle della glandula tiroidea, le fistole biliari, stercoracee ed urinarie, quelle del torace ec., esige di essere esposta in una maniera particolare, e in tanti articoli separati.

(Ma avanti di entrare nell' esame di queste malattie in particolare, noi prenderemo dal corso di anatomia patologica fatta all' Hôtel-Dieu nel 1815 dal Sig. Dupuytren, alcuni punti dell' istoria loro generale, per meglio stabilire i principii su' quali è fondata la loro terapeutica. Noi non ammetteremo in queste generalità veruna differenza fra le fistole e le ulcere fistolose, per quanto alcuni applichino più particolarmente l' ultima denominazione a quelle fra queste malattie che, poste nella grossezza delle carni, vengono mantenute dalla distruzione del sistema osseo o fibroso delle membra; e riservano il nome di fistole propriamente dette a quelle che traggono la loro origine da qualche cavità o da qualche condotto escretore: perchè tutte queste malattie, offrendo sempre all' anatomico la stessa organizzazione patologica, crediamo con la maggior parte dei pratici, che questa distinzione sia arbitraria e senza utilità.

Ogni passaggio contro natura, ma continuo, di un liquido o di un fluido qualunque, determina alle parti affette un lavoro di organizzazione, lo scopo del quale è di stabilire un canale accidentale, a cui si dà il nome di *fistola* quando viene ad a- Storia generale delle fistole. Cause,

prirsi all' esterno del corpo: ed ogni causa valevole di determinare o di favorire l'uscita di un fluido animale, eccettuato il sangue, dalle sue vie naturali, o capace di produrre o mantenere nella profondità delle parti una suppurazione cronica, può divenir sorgente di una fistola.

Così un corpo estraneo, una carie, una necrosi, una degenerazione fungosa dei ligamenti o delle cartilagini articolari; la distruzione del tessuto cellulare, e l'isolamento irreparabile delle pareti di un deposito che ne è la conseguenza; una infiammazione cronica stabilita nei seni frontale e massillare, nella cavità della faringe, nel petto, in una cisti accidentale, in una parola in tutte le cavità, le cui pareti immobili o male organizzate non potrebbero nè ravvicinarsi nè riunirsi; una ferita a qualche canale escretore o a qualche parte delle vie aeree, e soprattutto un' apertura spontanea alle loro pareti, o sia essa il risultamento di una esulcerazione locale, o dipenda da un ristringimento del condotto, o da un' ostacolo qualunque al corso del liquido, il quale accumulandosi le ha distese, irritate, ed ha portata l' infiammazione, e la perforazione ec. ec.: tali sono le cause più comuni che determinano la formazione delle fistole, e che le mantengono.

Corso. Prima epoca. Queste malattie non presentano nella loro origine i caratteri, che devono acquistare successivamente. La maggior parte cominciano con un' ascesso, dall' apertura del quale cola fuori un pus, il quale, variabile come la causa, ora è bianco e ben tenace, ora sieroso e a fiocchi; qualche volta puro, altre volte mescolato col prodotto di qualche secrezione naturale ec. Non vi è che un piccol numero di fistole, che non comincino di questa maniera; e sono quelle che risultano da una ferita fatta a un canale escretore: in questo caso il liquido che percorre il condotto ferito segue ordinariamente lo stesso tragitto dell' istromento vulnerante, e la fistola che rimane non si compone che da un tragitto semplice. Al contrario nel primo caso, cioè ogni volta che la sola natura presiede a stabilire la malattia, il liquido accumulato può aprirsi il passaggio in uno o in più punti. Se il deposito è vicino all' esterno del corpo, l' apertura che si forma penetra direttamente, e il tragitto ha tanta lunghezza quanta è la grossezza delle pareti del deposito. All' opposto quando questo è situato profondamente, si formano una o più aperture che si riuniscono in una sola o che fanno capo separatamente. Tale è la prima epoca dell' esistenza delle fistole.

Seconda epoca. Se il tragitto della fistola è molto corto, sono pure semplici i fenomeni per mezzo de' quali si rende notabile la seconda epoca: l' infiammazione cessa, gli orli dell' apertura fistolosa si as-

suefanno al contatto del liquido o del fluido estraneo, si cicatrizzano senza riunirsi, e l' apertura persiste. Se al contrario il centro si trova posto ad una gran profondità, la parte diviene la sede di effetti molto notabili,

Le pareti del deposito si ristringono, ma non si riattaccano, ed a lui corrisponde l' estremità d' origine della fistola. L'estremità esteriore o estremità di scarico, che come la prima può essere semplice o multiplice, si ristringe, si rotonda, e ben presto si presenta sotto la forma d' una piccola fungosità rossa, forata al suo centro da un' apertura spesso difficile a conoscersi, più stretta del canale a cui serve d' orifizio, e che somministra una quantità di pus fuori d' ogni proporzione colla sua apertura apparente. Nel tempo stesso in tutta l' estensione del tragitto percorso dal liquido si sviluppa una infiammazione, da principio molto viva, alla quale prendono parte tutti i tessuti circonvicini, ma che perde la sua forza a misura che le parti si assuefanno alla impressione della materia irritante. Ben presto, senza sparire interamente, questa infiammazione dà luogo ad una particolar modificazione, sotto l' influenza della quale il tragitto si organizza, s' isola e si trasforma in un vero canale escretore, presentando gli stessi caratteri in qualunque tessuto egli siasi sviluppato, ordinariamente semplice, qualche volta ramificato alle sue estremità, ora retto, ora flessuoso, e rivestito d' una vera membrana mucosa, che per verità non si può isolare se non solamente in qualche caso, ma sempre riconoscibile al suo aspetto, al fluido che somministra, agli elementi organici che la compongono, alla difficoltà che si trova, quando si è ben formata, a farla aderire a sè stessa, e che non differisce dalle membrane mucose naturali che per la sua mancanza dei follicoli e di uno strato di epidermide.

Estremità di origine.

Estremità di scarico.

Canale mucoso.

In qualche caso in cui l' infiammazione è più viva, l' organizzazione del canale si fa in un modo tanto completo, che si trova rivestito all' esterno da un tessuto cellulare analogo a quello che si osserva intorno ai condotti escretori naturali, e al quale gli anatomici han dato il nome di tessuto cellulare sotto-mucoso. Ma nella maggior parte de' casi l' irritazione persiste ne' tessuti adiacenti, e questi passando allo stato d' induramento bianco formano delle masse più o meno dure e voluminose, nella grossezza delle quali passano i tragitti fistolosi.

Callosità.

Si aveva altre volte un' opinione molto erronea sulla natura di questi ingorghi, che si credevano scirrosi, e su queste idee era fondato il metodo di operare le fistole per estirpazione, e che consisteva nel portar via col ferro tagliente tutte le parti affette da callosità, co' tragitti fistolosi che le percorrono. Ma

è facile vedere che una operazione, che lasciava sussistere la sorgente del male, non portava verun rimedio; e i progressi dell' anatomia patologica non permettono più di vedere nelle callosità che uno stato d' indurimento, che dipende dall' irritazione cronica dei tessuti, e che deve necessariamente cessare con lei.

Conclusione. Da tutto ciò che abbiamo detto risulta 1.° che fino a tanto che le fistole sono nella prima epoca della loro formazione, cioè recenti e non ancora organizzate, la sola indicazione curativa che esse presentano è l' indagine e la distruzione della causa che le ha prodotte, e che questa distruzione è immancabilmente seguita dalla completa guarigione del male.

2.° Che giunte alla seconda epoca, cioè allo stato di canale mucoso; una estremità del quale riceve e trasmette la causa che la mantiene, benchè la stessa indicazione sussista, essa non è sempre la sola che si debba adempiere. Che quindi non basta estrarre i corpi estranei o le schegge che le mantengono; distruggere la carie o le fungosità che le hanno prodotte; di far cessare le suppurazioni croniche, alle quali esse devono la loro origine; opporsi al passagglo dei fluidi aeriformi o dei liquori animali a traverso le ferite o le perforazioni dei canali o delle cavità destinate a condurli o a contenerli; in una parola che non basta levare la loro sorgente per ottenere una completa guarigione: perchè tutte queste pratiche attaccando solamente la causa, lasciano sussistere l'effetto; e quantunque i malati ne restino notabilmente sollevati, poichè cessa l' irritazione e la suppurazione, resta loro quasi sempre il canale mucoso, che bisogna attaccare direttamente, cioè aprirlo in tutta la sua lunghezza, comprimerlo, cauterizzarlo, o infiammarlo mediante iniezioni più o meno irritanti, quando si voglia determinare l' adesione scambievole delle sue pareti, o farlo sparire in qualunque altra maniera, a fine di far cessare il trasudamento mucoso di cui è la sede.

3.° Che finalmente le callosità essendo il risultamanto dell' irritazione, esse per lo più non presentano indicazioni particolari, poichè cessano colle cause che le mantengono, e che in tutt'i casi, supponendo che esse persistano, il riposo, gli emollienti, i fondenti le farebbero prontamente e compiutamente sparire).

Delle fistole della cornea.

Varietà di queste malattie. Si possono distinguere queste fistole in complete ed in incomplete. Le prime traversano tutta la grossezza della cornea, le seconde non hanno che un' apertura alla sua faccia convessa, o

alla sua faccia concava. Le une e le altre sono con sinuosità o senza, semplici o complicate. Esse sono la conseguenza di pustole o di ascessi alla cornea, e non s' incontrano ordinariamente che in persone attaccate da vizio interno, come dallo scorbutico, dal venereo, o da altri.

Le fistole complete della cornea non sinuose presentano una apertura che trafora direttamente tutte le lamine di questa membrana, e dalla quale esce del pus e dell' umore acqueo, quali trasudano sotto forma di una sottil rugiada, o sgorgano a modo di getto. Quelle che sono sinuose non lasciano uscire l' umore che come una rugiada. Inoltre si distingue facilmente il tragitto che percorrono a traverso la pellucidità della cornea. Le fistole incomplete aperte esternamente non danno che una sanie purulenta. Esse sono accompagnate da linee bianche nella grossezza di questa membrana, mediante le quali si riconosce il numero, la direzione e la profondità che possono avere. Le fistole che si aprono all' interno della cornea si annunziano per linee simili, e per alterazione dell' umore acqueo, col quale viene a mescolarsi l' umore che esse somministrano. È raro che questa sorta di fistole non porti seco la disorganizzazione dell' occhio. Non vi si può applicare che la stessa cura che conviene all' ipopio; ma ne sarà parlato successivamente. — Fistole complete.

Il primo pensiero che si deve avere quando uno si propone di guarire le fistole complete della cornea sinuose o no, e quelle che sono aperte alla sua convessità; è di combattere il vizio interno da cui è attaccato il malato, e di deviare gli umori che si portano sull' occhio e che producono ingorgo ed infiammazione, con tutti i mezzi che l' arte prescrive, come col regime, col salasso, con l' applicazione delle mignatte, colle coppe e co' vescicanti, co' pediluvi, co' diluenti, co' purganti leggieri e con le applicazioni emollienti e risolventi. — 1. Mercè i rimedii idonei a calmare la flogosi dell' occhio.

Quando la malattia abbia preso quel carattere di semplicità che si è cercato di procurarle, si toccano leggermente gli orli dell' apertura della cornea con del nitrato d' argento tagliato a forma di lapis; e dopo avere così cauterizzato, ed aver lavato l' occhio con molta esattezza per portar via tutte le parti del caustico che potessero essersi staccate, si copre con compresse inzuppate in una decozione emolliente e risolvente. Si fa giacere il malato supino, e se gli raccomanda di non fare alcun moto colle palpebre. Si può favorire il distaccarsi dell' escara e la guarigione della nuova piagha che ne risulta, istillando nell' occhio qualche goccia di mucilaggine di seme di psillio. Nel caso in cui la fistola fosse sinuosa si comincia col fenderne il tragitto — 2. Mediante la cauterizzazione.

in tutta la sua estensione, fino che si sia giunto all' apertura che corrisponde alla camera anteriore dell' occhio, e si continua come si è detto. Il processo deve essere il medesimo in quelle fistole della cornea che sono incomplete, e che non hanno che un' apertura all' esterno. La guarigione di queste ultime si ottiene con molta facilità. Tutte lasciano sulle cornea delle macchie, delle quali può il tempo diminuire la grossezza ma che non si cancellano mai affatto.

(Se dopo una prima cauterizzazione, l' escara essendo staccata, l' apertura della cornea resta grigia; e se ricompariscono i sintomi della malattia, come il dolor vivo, la lacrimazione, l' impossibilità di soffrire la luce, bisogna replicare l' applicazione del nitrato di argento. Si continua fino a tanto che dopo la caduta dell' escara la piaga si mostri rossa, granolosa e disposta alla cicatrice. A questa epoca il caustico, in vece di calmare i dolori gli aumenta; distrugge la tendenza alla cicatrice in vece di accrescerla. Bisogna dunque non continuarne l' uso, e sostituirgli dei colliri leggermente astringenti, e la cicatrice non si fa molto tempo aspettare).

Delle operazioni relative alle malattie delle vie lacrimali.

Fistola lacrimale.

Si dà il nome di fistola lacrimale a due malattie molto diverse, la prima delle quali è un tumore al grande angolo dell' occhio senza ulcerazione nè ferita; e la seconda è un' ulcera situata nello stesso luogo, complicata molto spesso con callosità e con carie. e dalla quale le lacrime escono mescolate con pus. Quella fra queste due malattie che consiste in un tumore non ulcerato, si chiama fistola lacrimale schiacciata (tumore lacrimale), e l' altra fistola lacrimale aperta (1).

Fistola lacrimale schiacciata (tumore lacrimale). Fistola lacrimale aperta

(1) Questo paragrafo è estratto dalla prima edizione di Sabatier.

Del tumore lacrimale.

Il tumore lacrimale porta ancora il nome d'idropisía e di ernia del sacco lacrimale, perchè è formato dalla congestione o dall'ammasso delle lacrime in questo sacco, che sembra essere escito dal luogo che è solito di occupare. Questo tumore ha la sua sede al grande angolo dell'occhio. Esso è circoscritto e senza cangiamento di colore alla pelle: il volume ne è poco considerabile. Ordinariamente esso non dà altro incomodo che poca difficoltà nel moto delle palpebre e del globo dell'occhio. Quando si comprime esso si vuota ora dai punti lacrimali, ed ora al tempo stesso dal canale nasale, lungo il quale il malato si accorge che una parte dell'umore che vi era contenuto scola nelle narici. Questo umore è senza colore e limpido, o di una consistenza che si avvicina a quella chiara d'uovo; e qualche volta è di color bianco e purulento. Il tumore dopo essere sparito per qualche tempo si riempie immantinente, il che accade più o meno sollecitamente secondo che gli occhi del malato sono più o meno umidi e bagnati da maggiore o minore quantità di lacrime. Esso ricomparisce meno presto nel tempo del sonno, senza dubbio perchè l'escrezione delle lacrime, che non è sollecitata dal moto delle palpebre, non è tanto abbondante quanto nella vigilia. Finalmente il tumore lacrimale rimane talvolta nello stesso stato, e senza poter esser vuotato quando le pareti del sacco lacrimale sono molto ingorgate e indurite.

Il primo è chiamato idropisia o ernia del sacco lacrimale. Suoi segni.

Questa malattia è quasi sempre prodotta dalla congestione delle lacrime, le quali non possono cadere nelle narici a cagione dell'ostruzione del condotto nasale, o che le pareti di questo condotto abbiano contratto dell'ingrossamento, o che l'apertura che le termina si sia ristretta, o che l'umore lacrimale abbia acquistato maggior consistenza e più del solito: ma vi sono dei tumori lacrimali che riconoscono un'altra causa. Quando in vece di lasciare uscire l'umore che racchiudono dai punti lacrimali, o dal condotto nasale, o per l'una o per l'altra di queste due vie, questo umore vi è costantemente rattenuto, o che non scola che per le narici, e che la malattia sia complicata con ostruzione e con obbliterazione completa dei condotti e dei punti lacrimali, essa non può essere formata che dalla riunione dell'umore che trasuda dalle pareti del sacco lacrimale o del condotto nasale. Questa specie di tumore lacrimale è poco conosciuta, e non se ne trova che un pic-

Sue cause.

Esso è qualche volta formato dall'umore che trasuda dalle pareti del sacco.

Anel ha osservato una volta questa specie.

colissimo numero di esempii. Anel, e G. L. Petit sono i soli che ne abbiano fatto menzione. Anel dice di averlo osservato in una donna alla quale non si vedeva traccia veruna dei punti lacrimali. La compressione che sopra vi si esercitava ne faceva uscire un umore che colava nelle narici, e non vi era lacrimazione. Questa malattia sembrò molto straordinaria, e fu fatta vedere al celebre Duverney. Anel non dice quale ne fosse l' esito.

Petit l' ha veduta tre volte

G. L. Petit ha osservato tre volte la malattia di cui si tratta. Il soggetto della prima osservazione è una donna che aveva avuto il vaiuolo dodici anni avanti. Parecchie pustole si erano gettate in vicinanza del grande angolo dell' occhio, e sull' interno delle narici, che per lungo tempo erano rimaste secche. Eravi stato in principio lacrimazione, quale era stato tentato di guarire senza riuscirvi; sopravvenne in seguito un tumore che non fu possibile di reprimere col mezzo di una fasciatura compressiva. Qualche tempo dopo la malata sentì cadere del pus nella narice dello stesso lato, e il tumore si vuotò, ma ricomparve il giorno dopo. Dopo dodici anni questo tumore, che si era dissipato da qualche tempo, ritornò tanto grosso come da principio: s' infiammò con dolore qualche giorno dopo; si vuotò in parte dal punto lacrimale inferiore che erasi aperto, e dal quale si vedeva uscire il pus. Questa malattia fu guarita colla incisione del sacco lacrimale, e coll' uso delle candelette introdotte nel canale, le quali restituirono a questo canale le prime sue dimensioni.

La seconda persona che G. L. Petit abbia veduta attaccata da tumore lacrimale, con ostruzione totale dei condotti e dei punti lacrimali, è un giovine di venti anni che aveva avuto il vaiuolo all' età di quattordici anni: egli portava da quel tempo in poi al grande angolo dell' occhio un tumore grosso come una nocciuola, il quale non si vuotava nè pel naso, nè pe' punti lacrimali, e che spesso si faceva infiammato e doloroso. Petit consigliò di vuotarlo con una incisione per togliere la deformità che cagionava e per prevenire gli accidenti ai quali il malato era soggetto: ne uscì vero pus senza odore. La suppurazione che sopravvenne ne procurò ben presto lo sgorgo, e il malato guarì, se si eccettui la lacrimazione, come era stato preveduto antecedentemente.

La terza malata è una dama, alla quale il tumore non venne in seguito del vaiuolo, ma dopo un' infiammazione accompagnata da abbondevole lacrimazione. Questo tumore non si vuotava nè dalle palpebre nè dal naso. Restò otto anni in questo stato, dopo di che divenne doloroso, e più grosso del so-

lito. Si vuotò, poi si riempì. Vi sentiva una fluttuazione accompagnata da un gorgoglio simile a quello che produrrebbe l' aria mescolata con acqua; il che fece vedere che il condotto nasale si era aperto, l' aria rientrava con facilità. La malata da principio non volle farvi nulla, perchè non vi sentiva più dolori. Ma la deformità che le cagionava questo tumore la fece risolvere a permettere che vi si facesse una incisione, la quale ebbe lo stesso successo come nel caso precedente.

Il tumore lacrimale semplice non richiede veruna cura.

Quando il tumore lacrimale schiacciato sia di un volume considerabile, e che non sia accompagnato da considerevole lacrimazione, da rossore alle palpebre, non esige altra cura che l' attenzione di vuotarlo da quando a quando; a fine d' impedire l' alterazione dell' umore che esso contiene, e di prevenire la troppo gran distensione del sacco lacrimale, e l' infiammazione o la crepatura delle sue pareti. Ma quando diventa molto grosso, che gli occhi sono continuamente bagnati di lacrime, e che l' interno delle palpebre s'infiamma; bisogna rimediare a questa malattia mediante alcuno de' mezzi conosciuti.

Il più antico metodo consiste nella compressione del tumore.

Il più antico è l' applicazione di una fasciatura compressiva, la cui prima idea pare che si debba a Fabrizio d' Acquapendente. Questa fasciatura composta di due bande d' acciaio che s' incrociano alla loro parte media, e la curvatura delle quali corrisponde alla convessità della parte superiore della testa, porta anteriormente una branca mobile che si congiunge alla branca fissa per mezzo d' una cerniera, e che si abbassa a volontà per mezzo d' una vite che passa per una vite feminina posta alla estremità della branca fissa. Alla fine di questa branca mobile, che è curva in modo da applicarsi sulla fronte, e da posare colla parte inferiore sul grande angolo dell' occhio, si trova una piccola piastrella guarnita d' un coscinetto coperto di camoscio finissimo, e che deve appoggiare sul tumore lacrimale. Il rimanente della fasciatura è coperto di panno, e le tre altre estremità sono dei nastri, mediante i quali si fissa sulla testa del malato. Altri la costruiscono con un cerchio d' acciaio ovale, coperto di taffettà, e che può nascondersi sotto i capelli. Il mezzo di questo cerchio posa sulla parte superiore del coronale, e le sue due estremità, una delle quali è guarnita d' un bottone, e l' altra forata da tre o quattro buchi disposti sulla stessa linea, si fissano sull' occipitale, facendo entrare il bottone dell' una in uno dei fori dell' altra. Dalla parte anteriore e media di questo istromento discende una branca d' argento curvata e guarnita di una lamina, la quale deve appoggiare più o meno sopra il grande angolo dell' occhio mediante una molla d' acciaio lunga cinquantaquattro millimetri,

fissata superiormente al medesimo luogo, e l'altro capo della quale viene ad appoggiarsi sulla parte anteriore di questa branca.

Inconvenevoli della compressione e della fasciatura in generale.

Qualunque sia la costruzione della fasciatura di cui abbiamo parlato, è cosa rara che si appoggi con tanta esattezza da impedire che il tumore si riempia. Colla mira di rimediare a questo inconvenevole si è fatta quella specie di cuscinetto il quale è all'estremità, con filaccica, con cera, con tela incerata, con gesso, e con altre sostanze che potessero meglio adattarsi alla figura della parte. Ma non per questo è stata più efficace. La compressione che esercita, non agisce che sul sacco lacrimale. Essa ne ravvicina le pareti senza liberare il condotto nasale, l'ostruzione del quale è la causa della malattia. G. L. Petit aveva pensato che si otterrebbe nel medesimo tempo questo effetto facendo costruire la fasciatura in maniera che il cuscinetto, essendo più alto dal lato dell'occhio che da quello del naso, si appoggiasse principalmente su i condotti lacrimali, ed obbligasse il liquore a scorrere lungo il condotto nasale: ma non ha tardato ad accorgersi che questo istromento nuoceva all'occhio, senza far nulla per la malattia, e vi rinunziò. Pure alcuni si sono trovati bene coll'uso di questa fasciatura; ma se si sono liberati dal tumore lacrimale che avevano, non è stato per lungo tempo, perchè questo tumore è ritornato o è restata loro una lacrimazione incurabile. In fatti una compressione permanente indurisce le pareti del sacco lacrimale, e le rende callose. Qualche volta ne induce la coesione, e dà luogo a quella dei condotti lacrimali. Quando le pareti del sacco s'induriscono, il male che pare guarito non tarda a ritornare, perchè sussistendo sempre l'ostruzione del condotto nasale, si fa un nuovo ammasso di lacrime, che è seguito da rilassamento e da tumefazione. Quando queste pareti si attacchino o che ciò avvenga ai punti lacrimali, le lacrime non possono più confluire nel sacco; ma sopravviene una lacrimazione più o meno abbondevole. G. L. Petit ha conosciuto una dama che non era incomodata da questa lacrimazione che nell'inverno, tempo nel quale le lacrime si separavano e colavano in maggior quantità nelle altre stagioni dell'anno.

Metodo di Anel.

Il metodo di Anel è successo all'uso in cui si era di comprimere il tumore lacrimale con una fasciatura appropriata. Questo metodo veramente ingegnoso, e del quale sono semplici applicazioni quelli che sono venuti dopo, consiste nello schiudere le vie lacrimali ingorgate con uno specillo bottonato che si spinge dall'alto in basso per uno dei punti lacrimali, e nel farvi di poi delle iniezioni per la medesima via, per sba-

Consiste nello schiudere le vie la-

razzarle dall' umore che esse contengono, fare sgorgare le loro pareti, e ristabilirne l'elaterio. Anel se ne servì per la prima volta in una donna di un'ordine distinto, affetta da tumore lacrimale. La riuscita che gli procurò gli fece meritare molti elogi. Questo chirurgo ne diede la descrizione in un trattato sulla fistola lacrimale, che comparve nel 1716, dopo essere stata presentata all'accademia delle scienze di Parigi. crimali e nel fare delle iniezioni.

Nessun' altro prima dell' Anel aveva tentato di dissipare gli imbarazzi che si formano nelle vie lacrimali, spingendovi una tenta, e facendovi passare delle iniezioni. Ma Stenone e Staahl avevano scandagliate queste vie prima di lui; il primo su i cadaveri dei bruti, senza dubbio per meglio conoscerne il corso; il secondo collo scopo di dirigere una incisione che si proponeva di fare al sacco lacrimale. Comunque sia, l'Heistero, che ha fatto più volte uso del metodo di Anel, dice di aver guarito col suo mezzo dei tumori lacrimali nello spazio di quattro o cinque giorni. Lo crede applicabile alle fistole lacrimali complicate con carie, e ricorda averne curata una di questa specie, dalla quale era attaccata una ragazza di undici anni, con iniezioni continuate senza interruzione per sei mesi. Monro ne ha pure fatto uso con molto successo. Il liquore di cui si serviva era dell' acqua di calce nella quale faceva sciogliere un poco di mele, e alla quale sul finir della cura aggiungeva un poco di acquavite o di vino, o qualche acqua ferruginosa. Altri hanno iniettato dell' acqua di rose animata con qualche goccia d' alcoole canforato; dell' acqua d' orzo melata, alla quale era mescolata una piccola quantità di collirio del Lanfranco, o una leggera infusione d' iride fiorentina o di aristolochia, parimente col mele. Alcuni si sono contentati in questi casi semplici d' istillare fra le palpebre qualche goccia di un collirio appropriato, come la soluzione di quattro gramini d'olio di canfora in un mezzo litro d' acqua calda. Ledran raccomanda per l' istesso uso le acque di Balarue, le quali si sa che non contengono altro principio che una piccola quantità di muriato di soda. Liquori usati a questo effetto.

La tenta che serve a passare e schiudere le vie lacrimali deve essere molto sottile ad una delle sue estremità, e terminare con un bottone fatto a oliva, e divenire sempre più grossa dall' altra estremità, perchè abbia forza bastante, per non piegarsi nel tratto del tragitto che essa deve percorrere. Lo schizzetto di cui dopo si fa uso non solo deve essere piccolissimo, ma avere un cannello il cui calibro sia proporzionale alla piccolezza dei punti e dei condotti lacrimali. Per farne uso il chirurgo fa sedere il malato fra le sue gambe sopra una sedia mol- Processo dell'Anel.

to bassa, e rovesciandogli la testa indietro apre le palpebre, tirandole verso le tempie. Il condotto lacrimale superiore, che è il più obbliquo dei due, è il più idoneo a ricevere lo specillo, e l'inferiore, la cui direzione è più trasversale, trasmette meglio le iniezioni. Altronde, siccome la palpebra inferiore è la meno mobile, e la mano del chirurgo trova un punto d'appoggio sulla gota del malato, è più facile di farvi stare il cannello dello schizzetto per tutto il tempo necessario a questa operazione.

Bisogna aver riguardo al gomito che formano i condotti lacrimali.

Quando si voglia introdurre la tenta o il cannello dello schizzetto, bisogna ricordarsi che i condotti lacrimali, dopo aver percorso l'orlo interno delle palpebre, si piegano il superiore d'alto in basso, e l'inferiore di basso in alto avanti di terminarsi sulla estremità delle cartilagini tarse. Posto ciò, bisogna che la tenta sia su le prime spinta quasi perpendicolarmente da basso in alto, dopo di che si dirige obbliquamente da fuori dentro, e dall'alto al basso. Parimente il cannello dello schizzetto, dopo essere penetrato quasi perpendicolarmente dall'alto in basso, deve essere voltato dal di fuori al dì dentro e di basso in alto. Quando la tenta è una volta impegnata nel condotto lacrimale superiore, si cessa di tirare, a fine di rilasciare le pareti di questo condotto, e volgendo leggermente l'istromento fra le dita si fa penetrare nel condotto lacrimale, che egli traversa obbliquamente dall'alto in basso e dal di fuori al di dentro. Deve essere spinta senza violenza fino a che il solletico che il malato sente nelle narici indichi che è giunta nella parte più bassa del condotto nasale. Non è meno necessario di cessare di tirare la palpebra inferiore, quando il cannello dello schizzetto è introdotto nel suo condotto lacrimale. Le iniezioni che si spingono in questo condotto devono essere parimente fatte con precauzione. Se il malato si accorge che il liquore scola abbasso, e che sia quasi vicino a cadere nel naso, questa è una prova che l'ostruzione è leggera, e che le vie preparate dalla natura alle lacrime sono disposte a riprendere le loro funzioni; ma allora bisogna fare inclinare la testa del malato in avanti per timore che il liquido non gli vada per la gola, e non lo ecciti a tossire. Queste iniezioni devono ripetersi due volte il giorno, e continuarsi tanto quanto pare che lo esiga la malattia.

Utilità del metodo di Anel, e suoi in-

Non si può negare che il metodo d'Anel non possa essere utile nei casi semplici, e ne' quali non vi è che dell'intasamento nelle vie lacrimali. Ma se sono veramente ostrutte, o che le carni fungose riempiano la capacità del condotto nasale, come sperare di aprirle con uno stromento tanto poco capace

di far forza, quale è la tenta che si adopera? Allora bisogna ricorrere a mezzi più efficaci. convenevoli.

Uno dei migliori è di portare una tenta solida dall' estremità inferiore del condotto nasale, e di farvi in seguito delle iniezioni con un tenta scannellata introdotta pel medesimo luogo secondo il processo immaginato da Laforest chirurgo di Parigi. L' idea di questo processo non era nuova, quando Laforest ne fece pubblicamente dei saggi su i cadaveri nel 1739. Il Bianchi l' aveva avuta nel 1715. Egli aveva fatto stampare su questo soggetto una lettera al Mangeto, inserita nella sua storia anatomica. Questo professore scandagliava il condotto nasale dal naso, e pensava che si sarebbe potuto adoperare una tenta scannellata, mediante la quale vi si farebbero delle iniezioni. Il Morgagni lo ha ripreso nel sesto dei suoi *adversari* sulla disposizione che egli attribuiva a questo canale. Esso ha di più introdotto nel capitolo in cui tratta di questo soggetto alcune osservazioni, dalle quali risulta che non si può scandagliare il condotto nasale dal naso senza esporsi a fare dei tentativi alla cieca, incomodi e dolorosi; ad irritare, e lacerare la membrana pituitaria, a fratturare il turbinato inferiore, e a fare delle false vie. Dopo quel tempo Lafage ha detto, in occasione del metodo di Anel, che forse sarebbe più vantaggioso di scandagliare il condotto nasale dalla sua parte inferiore se fosse possibile riuscirvi.

Metodo di Laforest nel 1739.

Il Bianchi nel 1715 ne aveva avuto l' idea.

Laforest non dissimula che questo passo del celebre commentatore di Dionis gli abbia segnato la strada che ha seguita. Conviene ancora che dopo avere da principio trovata molta facilità nel fare l' operazione di cui si tratta, si è in seguito accorto che si opponevano alla di lui riuscita molti ostacoli. Questi ostacoli provengono dalle diversità che s' incontrano nella disposizione del condotto nasale, dal grado di alterazione che questo condotto ha potuto subire, dalle proporzioni da trovarsi fra questo e la tenta, dalla situazione del sacco, dalla curvatura del turbinato inferiore del naso, e dalla posizione del setto delle narici, che qualche volta è talmente inclinato, che si appoggia ad uno dei turbinati, e che lo applica per così dire sulla parte alla quale corrisponde. Ma quando ne è conosciuta la natura, vi si rimedia facilmente, ammeno che la ostruzione non sia totale, il che è accaduto in un caso di fistola complicatissima, nella quale la tenta non potè passare nel condotto nasale nè d' alto a basso, nè da basso in alto.

Difficoltà che Laforest ha conosciute nell' uso del suo metodo.

Sicuro di riuscire nel più gran numero dei casi Laforest non esitò a comunicare il suo metodo a' suoi colleghi, e a servirsene su delle persone malate di tumori lacrimali. Questo meto-

do esige un piccol numero di stromenti semplici, come delle tente di differente grossezza e proporzionate al diametro del canale, una tenta con una cruna alla sua estremità come gli aghi, delle tente scannellate curve, ed altre piene presso appoco come quelle che si adoprano per la vescica, ed uno schizzetto che finisce con un cannello o sifone corto, curvo e guarnito di una specie di cercine. Se la malattia è cagionata dall'alterazione del condotto nasale, e che questa ostruzione non permetta l' introduzione di una delle tente scannellate che hanno poca solidità, bisogna servirsi di una tenta piena, che si lascerà stare al posto per quattro o cinque giorni, dopo di che vi surrogherà una tenta scannellata.

Maniera di servirsene. Per introdurla si pone a sedere il malato sopra una sedia mediocremente alta, e se gli fa tenere la testa da un aiutante. Il chirurgo assiso sopra una sedia più alta dirimpetto al malato prende la tenta per una delle sue estremità, e introduce l' altra nella narice, in maniera da farla passare sotto il turbinato inferiore. Quando vi è giunta, le fa fare un mezzo giro molto simile a quello col quale s' introduce una siringa nella vescica urinaria, e tale che l' estremità inferiore di questa tenta strisci da basso in alto, e da fuori in dentro, e che la sua estremità esterna si porti in basso e leggermente in fuori. Non resta allora che farle fare un moto di leva, e farla penetrare nella direzione che le è stata data, fino a che si sia sicuro dal tatto che essa sia giunta fino all' orlo dell' orbita, e che abbia percorso tutta la lunghezza del condotto nasale.

Quando sia stato possibile introdurvi una tenta scannellata vi si lascia, e per suo mezzo vi si fanno ogni giorno, o più volte al giorno, delle iniezioni, delle quali si continua l' uso tanto tempo quanto sembra necessario. Ma se il sacco lacrimale sia solamente ingorgato, o anco elevato, senza ostruzione del condotto nasale, è inutile servirsi della tenta piena. Allora basterà il fare delle iniezioni col mezzo di una tenta scavata, e la malattia presto riman guarita, senza che vi sia necessario di ricorrere a verun' altra operazione. Questo è uno dei casi, ne' quali si può supporre che Anel ordinariamente riuscisse.

Laforest propone il suo metodo per le fistole lacrimali. Laforest non limita l' uso del suo metodo al tumore lacrimale senza complicazione; ma lo crede idoneo alla cura di questa malattia quando anco le pareti del sacco lacrimale sieno state in parte distrutte, e che l' osso unguis o l' apofisi ascendente dell' osso massillare sieno attaccate da carie; e ciò sembra tanto più verisimile, in quanto che vi sono degli esempi, ne' quali delle iniezioni fatte da punti lacrimali secondo il me-

rodo di Anel sono riuscite in questa sorta di casi. Altronde Laforest ne riporta due, ne' quali egli ha posti in uso i suoi processi con successo. Pensa parimente che convengano alle fistole lacrimali, e che basta che siasi avuta l' avvertenza di detergere le ulcere interne, e di favorire l' esfoliazioni delle porzioni di osso alterato; e soprattutto che si sia levata la ostruzione del condotto nasale, e reso libero il corso naturale delle lacrime per ottenere la guarigione di questa ultima malattia. Pure vuole che si cominci dal porre un setone.

Per far ciò s' introduce nel condotto nasale una tenta che ad una delle estremità abbia una cruna come un ago, e si fa salire di basso in alto fino a che la sua estremità esca dall'apertura dei tegumenti, dopo di che vi si passa uno o più fili che si fanno discendere e che si tirano dall' alto in basso colla tenta. Laforest ha fatto uso di questo mezzo su due malati con notabile successo. Il primo malato era una signorina che aveva un tumore lacrimale, che gli pareva suscettivo di guarigione mediante le iniezioni. Uno dei suoi colleghi ci si oppose, e disse che bisognava assolutamente incidere il sacco e i tegumenti. Non essendo riuscita questa operazione, perchè l' apertura era troppo piccola, Laforest si servì del setone per finire la cura. Il secondo malato aveva una fistola complicata con carie all' osso unguis e all' osso massillare, e con apertura alla membrana pituitaria: il setone fu posto in uso per quindici giorni, dopo di che bastò lasciare nel canale una tenta, per mezzo della quale si facevano quotidianamente delle iniezioni. Con questa maniera si ottenne l'esfoliazione delle carie, si trovò chiusa l' apertura che comunicava colla narice, e l' ulcera esterna si deterse e cicatrizzò.

Fumigazioni usate come mezzo di guarigione proposte da Louis.

Si possono porre nel numero dei mezzi propri per ottenere la guarigione del tumore lacrimale le fumigazioni emollienti, detersive, balsamiche o astringenti, secondo lo stato della malattia. Louis è il primo che le abbia proposte nelle riflessioni sulla operazione della fistola lacrimale, imprese fra le memorie dell' accademia di chirurgia. La facilità che hanno alcuni fumatori di fare uscire il fumo di tabacco dai punti lacrimali, gli suggerì l' idea di consigliarne l' uso: si determinò ancora a questo processo per l' esempio di una signorina incomodata da un tumore lacrimale, presso la quale il sacco lacrimale si riempiva d' aria ogni volta che essa faceva sforzo per soffiarsi il naso.

Questo mezzo è stato posto in uso con successo da Monlac antico chirurgo maggiore di Butta-fuoco, e poi chirurgo aiutante maggiore degli Spedali di Corsica, su due persone attac-

cate da fistole lacrimali aperte. La prima era una signorina di circa diciannove anni, la cui malattia era cominciata cinque anni avanti in conseguenza del vaiuolo. Monlac volle operarla secondo il metodo di Mejan, ma non essendogli riuscito passare la tenta a traverso le vie lacrimali, si determinò a provare le fumigazioni fatte con un decotto di erbe ammollienti, il vapore del quale era diretto verso le narici dal lato malato, col mezzo di un' imbuto. Lo sgorgo fu tale che dopo trenta giorni si vedeva questo vapore uscire dai punti lacrimali e spandersi sulle gote della malata. Il vino di cui si fece uso di poi completò la cura in meno di tre mesi. Monlac aggiunge che un chirurgo di sua conoscenza, che da lungo tempo aveva presa l'abitudine di operare secondo il metodo di Mejan, si era pure spesse volte servito delle fumigazioni con successo. Queste osservazioni veramente nuove presentano delle particolarità molto interessanti, e che meriterebbero d'essere pubblicate.

Finalmente se alcuno dei processi che abbiamo esposti non riesca a procurare la guarigione dei tumori lacrimali, bisogna ricorrere a quelli che convengono per la cura delle fistole lacrimali.

Ascesso lacrimale. Se il sacco lacrimale viene ad essere malato di un tumore che ne esulceri le pareti, e che le lacrime escite dalla cavità si spandono nel tessuto cellulare, esse producono una irritazione che è ben tosto seguita da infiammazione e da ascesso; le quali cose si manifestano con una risipola sulla faccia a lato di quello. Questo ascesso si apre quasi sempre da se' stesso, perchè perviene alla sua maturità prima che possano essergli applicati i soccorsi dell' arte. La fistola lacrimale ne è la conseguenza quasi inevitabile.

Della fistola lacrimale.

Fistola lacrimale. Suoi segni, sue differenze, sue complicazioni. La fistola lacrimale è una conseguenza del tumore del sacco lacrimale. Se le lacrime in questo sacco vengono a romperlo, o a produrre una crepatura di uno dei condotti lacrimali, o che vi contraggano un grado d' acrimonia bastevole ad eccitare infiammazione e suppurazione, si aprirà un' ulcera al grande angolo dell' occhio, dalla quale le lacrime coleranno mescolate con la materia purulenta.

Quest' ulcera è per lo più preceduta da una risipola che si estende su tutto il lato della testa, e che ha il suo centro principale al grande angolo dell' occhio, ove produce tensione e dolore più che in qualunque altro luogo; e per lo più un' ingorgo in qualche modo edematoso sulle palpebre e sulle parti

che sono vicine all'orbita. Presenta delle differenze molto grandi nei diversi soggetti; ordinariamente si apre al grande angolo dell'occhio, precisamente avanti al sacco lacrimale, e qualche volta in un luogo più o meno lontano da questo sacco, e verso la parte media della palpebra inferiore. Ora è solo, ora ve ne sono più d'uno; nel maggior numero di casi è senza durezze e senza callosità, e in qualche altro caso ne ha molte. Finalmente quest'ulcera può essere semplice o complicata di carie, il che si conosce al colore violetto, alla sensibilità della pelle delle adiacenze, alla quantità del pus che ne esce, e alla qualità di questo umore, il quale è sanioso, e mescolato con punti nerastri. La malattia di cui si tratta è prodotta, come quella di cui si è parlato precedentemente, dagl' imbarazzi che si formano nel sacco nasale, e sopravviene ordinarissimamente al vaiuolo. Si osserva altresì che le persone affette da vizio scrofoloso, e quelle il naso delle quali è molto depresso alla sua radice vi sono più delle altre soggette.

Metodo antico che consiste nell'incidere e cauterizzare.

Gli antichi non avevano ordinariamente riguardo che al vizio della cura della fistola lacrimale; la maggior parte si contentava di guarir l'ulcera, senza cercare di ristabilire il corso alle lacrime. Il metodo di cui facevano uso consisteva nell'incidere il luogo malato; nel portar via le callosità, quando ve ne era qualcheduna; nel porre allo scoperto le parti dell'osso alterate, a fine di poterle raschiare o bruciare, o con caustici o con un cauterio attuale; dopo di che procuravano la caduta dell'escara e l'esfoliazione dell'osso, e prosciugavano la ferita con medicamenti appropriati. Pur qualcheduno voleva che si rompesse l'osso unguis e che vi si facesse un'apertura, mediante la quale le lacrime potessero cadere nelle narici. Questo metodo descritto da Paolo Egineta, si trova negli autori che lo han seguìto; ma non ha avuto chi l'abbia approvato che nel caso in cui non fosse possibile prosciugare la ferita coi soliti mezzi; ed hanno pure conosciuto che doveva avere poco successo, perchè il foro praticato a traverso l'osso unguis è soggetto a chiudersi, ed allora la nuova strada che le lacrime devono seguire si trova intercettata. Esso sarebbe senza dubbio interamente caduto in disuso al principio di questo secolo, poichè è stato attribuito a Woolhouse oculista inglese, che godeva in quel tempo una gran reputazione; perchè non vi ha fatto altro cangiamento che di mantenere l'apertura dell'osso unguis con una cannula che doveva renderne duri e callosi gli orli, e sulla quale cicatrizzava la piaga.

Metodo attribuito a Woolhouse che consiste nel fare un'apertura che conduca nelle narici.

Processo. La sua maniera di operare era la seguente. Il malato preparato, situato, tenuto, coperto l' occhio sano e tesi i tegumenti del grande angolo dell' occhio, prendeva un bisturino curvo col quale faceva una incisione in forma di mezza luna, la convessità della quale era voltata verso le palpebre, e che penetrava fino all' osso: ingrandiva quindi la ferita con uno scalzatoio, che nel tempo stesso gli serviva a staccare il periostio; e siccome il sangue gl' impediva di vedere ciò che gli rimaneva a fare, lo asciugava con filaccica asciutte o inzuppate in acqua vulneraria. Qualche giorno dopo forava l' osso unguis con una tenta scannellata, appuntata alla sua estremità; poi dopo avere tolte le schegge tanto esattamente quando era possibile, riempiva l' apertura con una tasta un poco grossa, e medicava il resto della ferita con filaccica molli. Quando era giunto a detergere la ferita, e che aveva portate via tutte le schegge, e che le callosità esterne si erano dissipate, Woolhouse passava a traverso l' osso unguis una piccola canna d' oro, d' argento o di piombo. Ne adoperava di due sorte: una prima che serviva a rendere callosa l' apertura, e che aveva un' orlo assai rilevato per impedire che cadesse nel naso: un' altra più piccola senza orlo, e la grossezza della quale era proporzionata al luogo che doveva occupare, affinchè rimanesse esattamente abbracciata dall' osso e che stasse fissa al posto. Procurava in tutto il tempo della cura di passare uno specillo frequentemente ne' condotti lacrimali, e farvi delle iniezioni, per timore che questi condotti non si chiudessero, e raccomandava al malato di allontanare da sè tutto ciò che poteva eccitarlo a starnutare, a vomitare, a tossire.

Inconvenevoli. Ordinariamente la cannula lasciata stare a sito, si staccava e cadeva nella gola del malato dopo un tempo più o meno lungo; ma siccome gli orli dell' apertura dovevano avere avuto il tempo di diventare callosi, Woolhouse pensava che la guarigione non era meno sicura, nè meno durevole.

L' operazione che abbiamo descritta è stata per lungo tempo la sola di cui si sia fatto uso; ma è stata praticata con qualche differenza: si è veduto ch' essa era spesso seguita da stiramento alla palpebra inferiore. Questo incomodo, a cui è impossibile il rimediare, è stato da prima attribuito alla sezione del ligamento delle palpebre, altra volta chiamato il tendine del muscolo orbiculare; e quindi è stato dato per precetto di non cominciar mai l' incisione esterna che sotto questo ligamento, qualunque fosse la situazione delle aperture fistolose, e l'estensione della carie. Ma è stato in seguito conosciuto la sezione di questo ligamento, quantunque nulla abbia di pericoloso,

pure lo stiramento della palpebra inferiore proveniva dalla sua lesione: che i tegumenti essendo stati incisi troppo vicini alla sua unione colla palpebra superiore, la pelle che li univa si distruggeva per suppurazione, e per la pressione e l' attrito che i mezzi dell' apparecchio di cui bisogna servirsi esercitavano sopra di loro. La sola precauzione che vi sia da prendere è di allontanarsi quanto è possibile dall' angolo delle palpebre e dall' orlo inferiore.

L' altro inconvenevole che i pratici hanno notato nel metodo di Woolhouse si è, che esso mette di raro al sicuro dalla lacrimazione e dalla recidiva della fistola. Non era difficile il giudicare che ciò dipendesse dal perchè la cannula venendo scacciata dall' azione delle parti vicine, gli orli dell' apertura fatta all' osso unguis si ravvicinavano a segno di chiuderla affatto, e si è creduto di potere scansar ciò facendo questa apertura molto grande; e per ciò alcuni hanno consigliato di farla con un trequarti che si girasse intorno, con delle cesoie, e con una specie di pinzetta appuntata e curva alla sua estremità della quale si allontanassero le branche, o finalmente con un cauterio infuocato che si portasse al luogo mediante una cannula a forma d' imbuto. Ma i guasti che questi ultimi mezzi fanno, espongono i malati a forti infiammazioni, a suppurazioni abbondevolissime, senza evitare l' inconvenevole di cui si è parlato; e perciò bisogna servirsi di una tenta appuntata o per non fare all' unguis che una mediocre apertura, o per forare nello stesso tempo la membrana pituitaria, e non esporsi a staccarla dalle parti che essa riveste. Questo istromento sarà diretto obbliquamente dall' alto al basso, dall' innanzi all' indietro e dal di fuori al di dentro, e si spingerà finchè si sia certo dallo scolo di una piccola quantità di sangue dalla narice del lato malato, che l' istromento sia giunto in questa cavità; allora vi si surrogherà una tenta trattenuta da un filo, la quale non sarà mutata se non quando la suppurazione sia bene stabilita, e la quale si rinnoverà ogni giorno. Quando questo pezzo d' apparecchio potrà essere introdotto senza dolore, si cesserà di servirsene; si procurerà di prosciugare l' apertura, toccandone leggermente gli orli col nitrato di argento fuso, e facendovi delle iniezioni con acquavite, nella quale sia sciolta una gran quantità di mele rosato, dopo di che non rimarrà altro a fare che cicatrizzare la ferita degl' integumenti. Pure siccome questo metodo non sempre impedisce che ricompariscono la lacrimazione e la fistola, e siccome i metodi che sono stati immaginati dopo Woolhouse sono meno dolorosi e di un' effetto più sicuro, non bisogna farne uso, ammeno che

non vi si sia costretto dall' impossibilità assoluta di aprire il condotto nasale ostrutto, e ristabilirlo nella sua prima integrità.

Metodo di Petit, che ha lo scopo di ristabilire le vie lacrimali.

G. L. Petit è il primo che abbia immaginato il mezzo di guarire la specie di fistola lacrimale di cui si parla in questo luogo senza forare l' osso unguis: egli ha pensato che se in vece di fare una strada artificiale alle larcime, si giungesse a distruggere l' ostruzione e l' ingorgo del condotto nasale, esse riprenderebbero il loro corso naturale, e cesserebbero di tenere aperta la strada che si sono fatta. Il metodo che egli ha immaginato per adempiere questa indicazione è tanto semplice, quanto facile: i tegumenti e il sacco lacrimale devono essere incisi presso poco come nel metodo di Woolhouse, ma quanto è possibile senza interessare la parte posteriore di questo sacco; e quando siasi giunto nella sua cavità, si dirige il bisturino, che deve essere molto stretto e scannellato, in modo che la sua punta penetri nella parte superiore del condotto nasale. In seguito si fa strisciare sulla sua scannellatura una tenta anch' essa scannellata di mediocre grossezza, e la cui estremità non sia acuta, la quale è spinta dall' alto al basso nella direzione del condotto nasale, fino alla sua parte inferiore.

Si conosce che questa tenta destinata a sturare il condotto di cui si tratta, sia sufficientemente introdotta avanti, e dalla profondità alla quale è penetrata, e dalla sensazione dolorosa che la sua presenza eccita nella narice malata, e da qualche goccia di sangue che esce da questa cavità. Il bisturino va tratto fuori subito che si giudica non essere più utile. La tenta serve a condurre una candeletta sottile e munita d' un filo che se le sostituisce, e che si lascia al posto, e si tira fuori a misura che la candeletta va avanti. Quando questa è collocata, si medica la ferita con filaccica asciutta che si tien ferma con compresse triangolari e con una fascia semplice. Passati i primi giorni dopo l' operazione, e stabilita la suppurazione, si cambia la candeletta che deve essere rinnovata ogni due o tre giorni, e della quale si continua l' uso fino a che entra ed esce senza cagionar dolore, e che non porta seco che delle mucosità. Allora si sopprime interamente; e dopo avervi supplito per qualche tempo con iniezioni detersive, si favorisce la cicatrice della ferita esterna.

Petit non ha perduto di vista nessuna delle complicazioni che possa presentare la fistola lacrimale aperta. Queste complicazioni risultano dalla disposizione dell' apertura o delle aperture esteriori, e dallo stato dei punti e dei condotti lacrimali, del sacco lacrimale, della gronda ossea nella quale è ricevuto il sacco, e della membrana pituitaria.

1.° Se l' apertura della fistola è semplice, bisogna contentarsi di comprenderla nell' incisione semilunare dei tegumenti; ma se è orlata con carni fungose e callose, queste carni devono esse distrutte non con i cateretici, il di cui effetto può estendersi al di là del male, ma per mezzo dell' istromento tagliente, col quale si portano via in una sola volta, risparmiando la pelle che non è alterata, il sacco e i condotti lacrimali.

2.° È assai facile prima dell' operazione il conoscere se i condotti lacrimali sieno aperti o chiusi: nel primo caso esce molta umidità dalla fistola anteriore: nel secondo questa circostanza non ha luogo, e il malato è molestato da una abbondevole lacrimazione. Allora bisogna fare in modo di sturarli colla tenta di Anel e facendo delle iniezioni Se la tenta va molto avanti in questi condotti, e che non sia trattenuta che verso il canale comune che li unisce col sacco lacrimale, si può fare un poco di forza per entrare in questo sacco, e Petit dice di averlo fatto più volte con successo. In una di queste circostanze egli ha passato a traverso il condotto lacrimale inferiore un filo d' oro di cui ha annodata l' estremità, e che ha involta in poca filaccica per timore di non ferire le parti sulle quali doveva agire: l' utilità di questo filo era d' impedire che il canale non si chiudesse di nuovo; ma vi era da temere che egli non ammaccasse il canale.

Nel caso in cui si credesse dovere porre in opera lo stesso processo, si potrebbe sostituire al filo d' oro un filo di canape, che s' introdurrebbe colla tenta di Mejan. Se l' ostruzione dei condotti lacrimali cominciasse presso l' orlo delle palpebre, e che lo specillo non vi potesse penetrare, e verisimilissimo che non potrebbe essere guarita, e soprattutto nel caso in cui la malattia fosse inveterata; pure potrebbe darsi che questa ostruzione dipendesse da qualche callosità che comprimesse i condotti lacrimali, o che queste callosità fossero anteriori alla operezione, o che esse le fossero posteriori, e che fossero state prodotte dalle tente e dagli stuelli che, non solamente avrebbero loro dato origine, ma avrebbero ancora potuto ripiegare i condotti lacrimali su loro medesimi. Questa circostanza esigerebbe che si sopprimessero questi pezzi dell' apparecchio, e che si adoperassero cataplasmi rilassanti per dissipare l' ostruzione, e per ristabilire il corso alle lacrime.

3.° Il sacco è qualche volta forato in più luoghi diversi; qualche volta il condotto lacrimale inferiore lo è egli pure: allora la grande incisione colla quale si vuota il centro della fistola, e che dà esito al pus e alle lacrime, basta per guarire tutte le aperture.

4.° L' osso sul quale è appoggiato il sacco lacrimale può essere scoperto senza carie: questo caso non esige altra attenzione che quella di prevenire il soggiorno della sanie, e di medicare mollemente e frequentemente, per aspettare che si ricopra; il che accade qualche volta senza una esfoliazione sensibile. Quando questa esfoliazione sembri necessaria, e che si faccia in una maniera troppo lenta, si può provocarla coi mezzi che si adoperano nelle carie. La complicazione che questa presenta è più seria; per distruggerla bisogna aspettare che l' infiammazione sia dissipata, e che la ferita sia in piena suppurazione. Questa parte di operazione si eseguе con un piccolo istromento lungo e stretto, terminato ad una delle sue estremità come un bulino, e dall' altra come uno scalpello, col quale si punge, si raschia, si taglia e si distrugge l' osso senza danneggiare le carni, il meno che sia possibile; si levano quindi le schegge separate le più grosse e si abbandonano le altre alla suppurazione. Questi processi sono facili quando non si praticano che sull' osso unguis; ma se l' apofisi ascendente dell' osso massillare è alterata, vi vuole maggior destrezza, più pazienza e più tempo.

5.° Finalmente l' apertura della membrana pituitaria si riconoscerà dall' uscita dell' aria e del muco dalle narici, che scapperanno dal fondo della ferita quando il malato farà sforzo come per soffiarsi il naso. Pure per non ingannarsi non bisogna fare questa prova che dopo avere chiuso il condotto nasale con una candeletta, perchè l' aria potrebbe risalire nella ferita per questa strada. L' apertura di cui si tratta è di poca conseguenza, quando non sia considerabile: se essa è grande si può rimediarvi chiudendola col grosso di una candeletta, mediante la quale si stura e si fa suppurare il condotto nasale. Questo espediente è riuscito a Petit in un fanciullo di otto anni a cui era stata fatta l' operazione della fistola lacrimale cinque mesi avanti secondo il metodo di Woolhouse. Era stata introdotta nell' apertura dell' osso unguis una grossa tenta, la quale era stata posta a traverso, e che non era stata rinnovata che per cinque volte: quella che Petit trovò al posto, vi era da due mesi. La presenza di questo corpo estraneo, sul quale si pretendeva di cicatrizzare la piaga, e la fatica del viaggio avevano molto infiammato l' occhio e cagionato dolore al malato. Questi accidenti cessarono dopo due cavate di sangue, dopo qualche giorno di riposo, e soprattutto quando la tenta fu tolta via. Petit sturò il condotto nasale secondo il suo metodo, e v' introdusse una candeletta, la cui estremità era fatta a forma d' oliva, ed era di un tal volume da riempiere il luogo ove ri-

siede il sacco. Questa candeletta era attaccata a un grosso filo presso ad una linea dalla sua base: quando fu messa al posto fu tirata in maniera da chiudere il foro, e premere le carni adiacenti: era questa una specie di spina sulla quale queste carni erano obbligate a modellarsi. La ferita fu medicata con filaccica asciutte, coperte con una compressa inzuppata nella chiara d'uovo mescolata con allume. Dopo a cinque giorni, quando fu levato il primo apparecchio, l'apertura della membrana pituitaria si trovò chiusa, ed il malato guarì mediante altra assistenza che gli fu usata.

Perfezione aggiunta a questo metodo da Monrò

Tale è il metodo di Petit. Appena fu conosciuto, trasse a sè tutti i suffragi, e i pratici più illuminati si affrettarono ad usarlo. Si comprese ben presto, che era più naturale di ristabilire la strada alle lacrime che di farne loro una nuova, e che vi era meno da temere, operando in questa maniera, che la malattia non ricomparisse. Pure non si tardò molto ad accorgersi che questo metodo era suscettivo di qualche perfezione. Quantunque Petit prendesse la precauzione di far tirare il piccolo angolo delle palpebre verso le tempie, e che egli stesso stendesse la pelle che copre il grande angolo col pollice e col medio di una delle mani, a fine di rendere l'azione del bisturino più sicura, ed impedire di penetrare troppo avanti, Monrò, che senza dubbio aveva veduto che la parete posteriore del sacco lacrimale era qualche volta incisa nell' istesso tempo della sua parete anteriore e dei tegumenti, propose di cominciare dall' introdurre una tenta nel punto lacrimale inferiore, per dirigersi nella incisione del sacco, e per prevenire la denudazione dell' osso. Avendo di più osservato che ne' casi semplici ne'quali il condotto nasale e il sacco non sono ripieni che di una piccola quantità di carni fungose, le candelette erano inutili, si è contentato di adoperare dei leggeri catetetici e di fare qualche iniezione detersiva, il che gli è perfettamente riuscito; ed anco quando l'ostruzione del condotto lacrimale era più considerabile, ha creduto dovere fare uso di un setone in preferenza delle candelette.

Per introdurre questo setone si serviva di una tenta lunga ottantuno millimetri, piegata in mezz'ovale, e retta per lo spazio di quattordici millimetri verso la sua estremità. Questa tenta era passata dal sacco lacrimale nel naso con molta facilità. Il filo che portava seco serviva di setone: bisognava che la suppurazione fosse interamente stabilita perchè Monrò la facesse passare e ripassare. Ogni giorno era spalmato di rimedii detersivi e diseccanti, e ne era continuato l' uso tanto tempo quanto pareva necessario. Di poi altri hanno pensato che la cannella altra volta adoprata da Woolhouse non era meno utile operandola secondo il metodo di Petit, tanto per reprimere

le carni che potrebbero alzarsi dalle pareti del condotto, quanto per sostenere i tegumenti assottigliati e ripiegati in dentro per cagione dell' uso delle candelette e del setone. Questa cannella deve esser terminata superiormente in una specie di punta di cucchiaio, la convessità della quale si rivolge in fuori. Foubert soleva servirsene con molto vantaggio: e parecchie persone operate da lui le hanno cacciate fuori con progresso di tempo senza sapere che loro erano state messe. Raccomandava ai malati che erano in questo caso, se prendevano tabacco, di non prenderlo della parte malata per non rendere inutile la cannella.

I cangiamenti dei quali abbiamo parlato hanno fatto sparire i pochi inconvenevoli che presentava il metodo di Petit: pure si pratica di rado, perchè ne sono stati immaginati altri che ledono meno la delicatezza dei malati, e che riescono egualmento bene.

Metodo di Mejan: aprire le vie lacrimali senza fare aperture nè iniezione: passare un setone

Questi metodi sono quelli di Mejan e di Pouteau. Il primo consiste nel fare entrare giornalmente nelle vie lacrimali un lucignolo che s' intromette da basso in alto mediante un filo introdotto dal punto lacrimale superiore, e tirato dal naso: il secondo nell' incidere il sacco lacrimale fra la carnucula lacrimale e l' interno della palpebra inferiore, e far passare in seguito nel canale nasale un setone, che vi si fa parimente entrare da basso in alto.

Processo.

Mejan si serve di uno specillo lungo dodici in quindici centimetri, sottilissimo, che da una estremità finisce rotondo ma non bottonato, e dall' altra termina con una cruna come un' ago. Questo specillo è introdotto dal punto lacrimale superiore, come quello d' Anel. Se si trova qualche ostacolo nelle vie lacrimali Mejan gliene sostituisce un' altro appuntato come uno spillo: lo fa discendere lungo il condotto nasale fino nel naso: quando vi è giunto introduçe nella narice dello stesso lato una tenta scanellata che porti un foro alla sua estremità: conduce questa tenta sotto il turbinato inferiore, e fa in modo di fare entrare lo specillo nella scannellatura, dopo di che ritirandoli un poco a sè spinge l' estremità inferiore dello specillo nel foro della medesima. Allora la tira a sè, e fa uscire dal naso lo specillo e il filo da cui è traversato. Questo filo è il capo d'un gomitolo che si colloca ne' capelli, o sotto il berretto del malato, e deve essere tanto lungo da durare tutto il tempo della cura, perchè ad ogni medicatura si deve tagliare quello che ha

servito per la volta antecedente. Passato il filo, le cose rimangono in questo stato per ventiquattro ore, e qualche volta più, affinchè il punto lacrimale si assuefaccia alla sua presenza; dopo di che si attacca alla sua estremità inferiore un lucignolo di cottone più o meno grosso, spalmato di *basilicum* e quindi di balsamo verde. Questo lucignolo ha un filo in basso, a fine d'essere rinnovato e tirato a ciascuna medicatura: si continua a servirsene fino a che esso non sia più coperto di pus, e che salga e scenda con facilità.

I vantaggi di questo metodo sono sensibili: esso dispensa dall'incisione della pelle e del sacco, il che non può farsi senza dolore, e mette in salvo dal rovesciamento e dalla totale distruzione della pelle del grande angolo, le quali cose qualche volta avvengono dopo il metodo di Petit. Questo accidente, che è l'effetto della candeletta che bisogna introdurre dall'alto al basso, può a dir vero correggersi coll'uso d'una cannella fatta a punta di cucchiaio, come è stato detto precedentemente: ma la cannella è un corpo estraneo, la cui presenza incomoda il malato; e se i tegumenti vi sono totalmente consumati, essa non rimedia a nulla, e rimane un'apertura che non si può chiamar fistolosa, poichè gli orli ne sono totalmente cicatrizzati, e non ne esce più pus, e dalla quale si vede facilmente il fondo del sacco lacrimale. Vantaggi.

Io ho conosciuta una donna che era in questo caso, e che procurava invano di correggere la sua deformità con un gran neo artificiale, perchè l'umore delle lacrime ne scioglieva la gomma, e gli sforzi che era obbligata di fare per soffiarsi il naso lo cacciavano molto lontano. Spiace solamente che il metodo di Mejan non possa applicarsi ad un gran numero di casi, e che non sia possibile farne uso in quelli, ne'quali l'ostruzione del canale lacrimale è un poco considerabile; perchè non vi è apparenza che una tenta così sottile come quella che si adopera, possa distruggerla, ed anco solamente traversarla senza aprire false strade. Non si parla qui dell'escoriazione che essa cagiona al condotto lacrimale superiore, pel quale passa il filo che deve condurre il setone, poichè non può risultarne nulla di male; purchè dopo avere tirato a sè il filo si abbia l'attenzione, per completar la cura, di farvi per qualche tempo delle iniezioni leggermente detersive, che lo ristabiliscano nel suo stato naturale.

Una delle difficoltà che s'incontrano operando secondo la maniera di Mejan nasce dall'impegnare che si fa lo specillo, che serve a condurre il filo da alto in basso, nel foro da cui è traforata la tenta alla sua estremità. Cabanis chirurgo di Ginevra Difficoltà principale.

Corretta da Cabanis. ha creduta poterla prevenire consigliando di sostituire a questa tenta uno stromento di sua invenzione, composto di due piccole pale mobili, traforate con fori che si corrispondono quando esse sono esattamente applicate l'una sull'altra, e che cessano di corrispondere quando si fanno muovere in avanti l'una sull'altra. L'istromento introdotto per piano nel vaso sotto il turbinato inferiore, si procura di far passare l'estremità dello specillo in una delle scannellature, o quindi tirando a sè lo stromento in uno di quei fori; poi facendo strisciare una delle palette sull'altra, a fine di prendere solidamente lo specillo, e di poterlo tirare fuori dal naso. Questa idea è molto felice, ma lo è molto meno di quella che lo stesso Cabanis ha avuto di servirsi del filo di Mejan per condurre di basso in alto, e fino nel canale nasale, una tenta flessibile munita alla sua estremità di due piccoli anelli ai quali si attacca il filo, e che può servire a fare delle iniezioni nelle vie lacrimali. È certo che la tenta introdotta in questa guisa penetra con facilità, senza esporre i malati a tentativi incomodi e dolorosi, e senza portare veruno sconcerto al turbinato inferiore del naso, e sulla membrana pituitaria, e che questo processo è una perfezione del metodo di Laforest.

Altra maniera di porre il setone proposta da Jurine. Un'altro chirurgo di Ginevra, Jurine, ha immaginato di poi una maniera di porre il setone, che rende il metodo di Mejan tanto sicuro, quanto facile; anco nel caso in cui l'ostruzione del canale nasale sia la più completa. In vece di uno specillo sottile e bottonato egli si serve d'una cannella d'oro o d'argento, lunga settanta millimetri e della grossezza d'una penna di corvo, curvata leggermente, e che finisce da una parte in una punta d'acciaio simile a quelle d'un trequarti, aperta dall'altra, e traversata in tutta la sua lunghezza da uno stiletto parimente d'oro o d'argento, ma battuto, schiacciato e molto curvo, il quale può uscirne da un foro fatto presso la sua punta. Questo stiletto, smussato, munito di un bottone alla sua estremità inferiore, è superiormente forato da una cruna idonea a ricevere il filo che deve passare dal sacco lacrimale nel naso, e servire a tirare il setone o la tenta flessibile. Mejan fa entrare lo stiletto di cui si serve dal punto e dal condotto lacrimale superiore; bisogna che questo stromento sia molto sottile per penetrare in quel condotto, e deve percorrere il sacco e il canale nasale, e scendere fino nel naso. Jurine prende una strada più corta. Dopo avere situato il malato ed essersi bene assicurato della posizione del sacco lacrimale, vi fa penetrare la punta con la quale termina la sua cannella: quindi l'istromento è diretto dall'alto in basso lungo il canale nasale. Quan-

do è giunto nel naso, Jurine spinge lo stiletto per farne uscir fuori l'estremità da basso: la curvatura propria di questo stiletto, e che riprende quando è in libertà, lo spinge verso l'apertura delle narici, dove è facile prenderlo con un uncino o in altra maniera. Esso è tirato fuori totalmente, e a misura che discende porta seco il filo di cui è armato. Non rimane a fare altro che ritirare la cannella, e fare uso di questo filo come Mejan.

Jurine non lo passa a traverso il condotto lacrimale superiore. Egli fa entrare sul momento il suo istromento nel sacco e nel canale nasale, forando i tegumenti e la parte anteriore del sacco. Questo istromento fa un' apertura al grande angolo dell' occhio, ma tanto piccola che la cicatrice deve essere impercettibile. Le vie lacrimali sono sicuramente aperte, perchè l' istromento ha molta forza. Il filo traversando delle parti poco sensibili, non produce quasi nessuna irritazione, e si può scegliere d' una grossezza che corrisponda all' uso al quale è destinato: vi è solamente da temere che la punta del trequarti non ferisca le pareti del canale, o che non s' introduca a traverso la loro grossezza.

Pare che lo stromento e il metodo di Jurine adempirebbero meglio lo scopo dell' arte se la cannella finisse in punta smussata, e che per introdurla si facesse una piccola incisione ai tegumenti, e alla parete anteriore del sacco lacrimale. Posto una volta il filo, questa incisione si curerebbe come una ferita semplice che si lascerebbe cicatrizzare, e che si ridurrebbe all' apertura necessaria al suo passaggio. L' operazione eseguita in questa maniera riunirebbe i vantaggi che promettono il metodo di Petit, e quello di Mejan, e non vi sarebbero nè gl' inconvenevoli dell' uno, nè l' incertezza e le difficoltà dell' altro.

Metodo di Pouteau che consiste nell' incidere le palpebre per dentro.

Quello di Pouteau, di cui mi rimane a parlare, non ha come quello che è stato descritto il vantaggio di risparmiare ai malati il piccolo dolore che produce l' incisione; ma è molto più facile, e non lascia neppure veruna cicatrice esteriore. Pouteau se ne è servito per la prima volta sopra una giovine signora, alla quale non potè la tenta di Mejan passare pei condotti lacrimali: non gli rimaneva altro partito da prendere che quello d' incidere il sacco; la malata non vi avrebbe acconsentito per timore d' una cicatrice; egli le propose una operazione che non le ne avrebbe lasciata alcuna. Quando ebbe fatto penetrare la sua lancetta nel sacco lacrimale, il pus uscì su i lati di questo istromento, lungo il quale introdusse una tenta che pervenne facilmente nel naso. La malata guarì senza altro accidente tranne una leggera ecchimosi, che Pouteau attribuì all' essere troppo piccola l'incisione.

Operando in questa maniera vi sono alcune precauzioni che bisogna prendere: il tumore lacrimale non deve essere vuotato, e se vi è una fistola, bisogna chiuderla, perchè il sacco si riempia e perchè l'incisione possa esser fatta con maggior semplicità. Non si deve per niente temere di darle una troppo grande estensione purchè non si vada troppo in vicinanza alla commessura delle palpebre. L'istromento più comodo di cui si possa fare uso è una lancetta, sul piano della quale si sia fatta scavare una piccola doccia, affinchè la tenta che porta il filo possa facilmente passarvi. Questa tenta è spinta lungo il canale nasale secondo il metodo di Mejan, e si tira fuori dal naso prendendone l'estremità con un' uncino smussato. Il filo che essa porta seco deve restare senza essere smosso per quarantotto ore. Dipoi si attacca al suo capo superiore un filo di seta cremisi lungo ventisette centimetri, piegato a doppio e formando un cappio, in modo che il nodo sia fatto dal filo, e si tira d'alto in basso perchè il filo di seta segua la stessa strada. Il cappio formato dal filo di seta serve a passarvi poche fila raddoppiate che si tirano di basso in alto, fino a che giungano alla parte superiore del sacco lacrimale; ogni giorno si cambia questo lucignoletto, il capo del quale è fermato presso l'ala del naso con un pezzetto di taffettà gommato. Pouteau preferisce la seta cremisi alla bianca, perchè la tinta le dà maggior forza, e la rende meno facile a rompersi. Esso può esser mutato durante la medicatura se pare necessario. Licat ha rivendicato questo metodo nel giornale di medicina del mese di maggio 1759. Quest' abile chirurgo in vece di una tenta si serviva qualche volta di una candeletta, che è più flessibile, e della quale vi è molto meno da temere. A dire il vero questo mezzo va preferito nel caso in cui l'ostacolo sia leggero; ma quando è considerabile non può dispensarsi dal fare uso di una tenta, che ancora, se si presta fede a Monrò, sempre non basta, e che in alcune circostanze deve essere supplita con una lesina da calzolaio.

Son questi i varii mezzi di guarire la fistola lacrimale: pure essi sono meno numerosi che non sembrano a prima vista: essi si riducono all'operazione attribuita a Woolhouse, a quella di Petit, a quella di Mejan, e a quella di Pouteau: ma non bisogna ricorrervi che quando si siano tentate inutilmente le iniezioni e le fumigazioni che sono raccomandate per la cura del tumore lacrimale, le quali non hanno minor successo in quella della fistola. Si devono pure praticare le operazioni di Mejan e di Pouteau preferibilmente a quella di Petit, e specialmente a quella di Woolhouse, che non si deve porre in pratica se non quando vi sia alcuno costretto dalla natura

delle callosità, che chiudono il canale nasale. Altronde qualunque sia il metodo che ci proponghiamo di seguire, se questo metodo è del numero di quelli che possono indurre infiammazione, bisogna farlo precedere dall'uso dei rimedii generali, e non trascurare il regime. Si deve pure, quando il tumore o la fistola sieno prodotti o complicati da vizio scrofoloso o da altro, amministrare da principio i rimedii interni, proprii a combattere questo vizio, e continuarne l'uso per tutto il tempo che il malato è soggetto ai processi operativi.

(G. Hunter riconobbe che il difetto di permanenza dell'apertura fatta all'osso unguis, o col cauterio attuale come costumavano gli antichi e Woolhouse istesso, o col trequarti secondo il processo generalmente usato a suo tempo, era la causa della non riuscita dell'operazione della fistola lacrimale secondo il metodo che consiste nello stabilire a traverso l'osso unguis una via artificiale alle lacrime. Egli credè di rimediare a questo inconvenevole, facendo alla parte posteriore del sacco lacrimale, all' osso unguis, e alla membrana pituitaria che lo riveste una perdita di sostanza che si opponga al consecutivo ravvicinamento degli orli della ferita. Gli stromenti che immaginò consistono: 1. in una cannella di acciaio di una linea di diametro, lunga sei centimetri, tagliente ad una delle sue estremità, montata dall'altra parte sopra un manico d'ebano o di avorio, fino all'estremità del quale essa si prolunga, e traversata in tutta la sua lunghezza da uno stiletto di argento che riempie esattamente la sua cavità: 2. in una lamina di corno, solida, lunga circa dodici centimetri, larga e rotondata ad una delle sue estremità, per potersi prendere e tenere fortemente; più stretta all' altra estremità, a fine di potere essere introdotta nel naso.

Situato convenevolmente il malato, ed incisa la parete anteriore del sacco, come nel metodo di G. L. Petit, il chirurgo prende la lamina di corno colla mano opposta al lato sul quale opera. L' estremità stretta di questo stromento è introdotta nel naso, e posta fra la parte anteriore del turbinato medio e la parete esterna delle fosse nasali, contro la quale si appoggia con forza. Lo stiletto che deve servire di conduttore alla cannella è quindi introdotto nella ferita fino sulla parete interna del sacco lacrimale; la cannella istessa è quindi fatta scorrere su questo, e quando è esattamente applicata alle parti, un aiutante ritira lo stiletto. Allora il chirurgo tenendo i due stromenti fa agire lo stampo, appoggiandolo e volgendolo sull' osso unguis fino che giunga alla lamina di corno che gli serve di punto d'appoggio. Allora la cannella è tirata fuori, e alla sua estremità si trova il disco dell'osso rivestito

delle due sue membrane. Le successive medicature consistono nel mantenere aperta la ferita fatta, e nel fare cicatrizzare i suoi orli come suol praticarsi in tutti i casi dopo i processi, mediante i quali si stabilisce una via artificiale alle lacrime.

Pur tutta volta Hunter pare che siasi accorto degl' inconvenevoli di questa operazione, e sembra anzi che l' abbia abbandonata perchè non l' ha mai descritta.

Lecat fu il primo che surrogò nell' eseguire il metodo di G. L. Petit un lucignolo di fila o di cottone alla candeletta destinata a dilatare il condotto nasale. Desault profittò di questa idea, e in certo modo combinando il processo di Lecat con quello di Petit creò una operazione, che fu immediatamente adottata. Gli stromenti de' quali faceva uso sono: 1. un bisturino ordinario a lama stretta, a punta affilata ma solida; 2. una tenta da paterecci, o uno stiletto lungo sei pollici, solido abbastanza per forzare gli ostacoli del canale nasale: 3. piccole cannelle molto sottili per poter penetrare fino nella narice, passando pel canale, ma tanto larghe da poter facilmente ricevere la tenta o lo stiletto; 4. un filo solido di Brettagna non incerato; 5. un setone o piuttosto un lucignolo cilindrico formato da parecchi fili di filaccica, dei quali ogni giorno si aumenta il numero.

Situato convenevolmente il malato, e tenuto come è stato detto precedentemente, il chirurgo prende il bisturino come una penna da scrivere colla man dritta, se opera sull' occhio sinistro e viceversa. Porta in seguito in fuori le palpebre, la superiore delle quali sarà rialzata da un' ajutante, che sostiene la testa; e facendo rilievo il tendine del muscolo orbicolare, si assicura coll' indice della vera situazione dello spigolo osseo, che limita superiormente il condotto nasale. Non è raro trovare questa porzione dell' osso massillare ora più infossata, ora più rivelata, e quindi in istato d' ingannare l' operatore. Così segnato il luogo dell' incisione debbono tendersi i tegumenti col pollice applicato contro il naso, e le altre dita poste in fuori. La punta del bisturino è allora presentata alle parti, la costola della lama voltata dalla parte del naso: deve farsi penetrare, quasi perpendicolarmente alla superficie della pelle, fino a che la mancanza di resistenza annunzi che siasi giunto nel canale nasale. Allora si rialza il manico del bisturino, e avvicinandolo alle ciglia si fa discendere la sua punta fino nel canale nasale. Questo moto che deve essere eseguito con rapidità, basta per ingrandire la ferita esteriore e rende inutile l' incisione in due tempi di Petit. La pelle, qualche fibra del muscolo orbiculare, e la parete anteriore del sacco lacrimale sono le sole parti interessate in questa incisione. Il chirurgo rialzando allora

il bisturino alcun poco, ed applicandolo in dietro e in fuori, fa passare sulla faccia anteriore della sua lama l'estremità della tenta o dello stiletto. Quando questa è giunta nel canale nasale, il bisturino deve trarsi fuori, e lo stromento, al quale egli ha servito di conduttore, deve essere fatto penetrare fino nella narice. Bisogna qualche volta adoprare una forza molto grande, ed imprimergli un moto di rotazione per farlo penetrare. Alcune gocce di sangue, e un solletico più o meno vivo indicano che questo scopo si è ottenuto.

L' estremità superiore della tenta allora s' introduce nella cannella, che si manda avanti fino a tanto che occupi tutta l' estensione del canale nasale. Divenuta inutile la tenta è quindi tirata fuori, in sua vece s' introduce l' estremità di un filo di cui si ammassano le ripiegature nella narice corrispondente per mezzo di un sottile specillo e bifurcato alla sua estremità. Allora si fa soffiare fortemente il naso al malato, dopo aver fatto antecedentemente chiudere la bocca e le narici del lato sano; e ordinariamente l' estremità del filo esce insieme colla gran massa d' aria che vien fuori dal lato malato. Se questo processo non riuscisse, si potrebbe facilmente estrarre il filo con un' uncinetto smussato, col quale si deve andare a cercarlo sotto il turbinato inferiore. La cannella deve allora levarsi; se il malato ha molto sofferto, se le parti sono state irritate dalle troppe ripetute manovre, bisogna sospendere l' operazione, fissare l' estremità del filo alle parti vicine, e medicare la ferita. Si combatterà l' infiammazione colla dieta, con le bevande diluenti, con applicazioni emollienti, ed anco se sia bisogno colle sanguigne locali e generali.

Dissipati gli accidenti, o se non vi fosse da temere il loro sviluppo, immediatamente dopo l' introduzione del filo, si attacca alla sua estremità inferiore un lucignolo di fila spalmate di cerato. Questo lucignolo deve esser tirato di basso in alto fino a che la sua estremità superiore arrivi al sacco lacrimale, ma senza impegnarsi fra le labbra della ferita. Un'altro filo attaccato alla sua parte inferiore servirà a tirarlo, e sarà tagliato a livello dell' orifizio anteriore delle fosse nasali. Il primo, che deve essere molto lungo e avvolto in gomitolo, sarà nascosto ne' capelli del malato. Un pezzetto di taffettà gommoso basta per coprire la ferita. A misura che l' irritazione si dissipa, si aumenta il volume dei lucignoli, e si coprono di sostanze irritanti, come di ossido rosso di mercurio, di solfato d' allumina calcinato, ec., mescolati con cerato semplice o con altri corpi grassi.

Questa cura deve essere continuata per lungo tempo. Non si sopprime il lucignolo che quando entra ed esce con facilità grandissima, sebbene abbia acquistato la grossezza di una sottil penna da scrivere, e che non è più coperto di mucosità purulenta. Qualche iniezione fatta dal punto lacrimale inferiore è spesso indispensabile per finire la guarigione, e si dovrà ricorrervi di nuovo subito che si manifesterà il più piccolo incomodo nel passaggio delle lacrime a traverso il canale nasale.

La maggior difficoltà che si trovava nell' eseguire il processo di Desault consisteva nel ritirare dalla narice l' estremità del filo. Girault rese questa parte dell' operazione meno laboriosa; ripiegando la cannella in avanti, e tagliandone obbliquamente la sua estremità inferiore in maniera che fosse diretta verso l' orifizio anteriore delle fosse nasali. Bichat si serviva spesso d' un filo di piombo finissimo, e flessibilissimo, le ripiegature del quale si accumulavano sotto il turbinato inferiore, e l' estremità del quale si tirava fuori con un uncinetto. È stato anco proposto d' introdurre nella cannella una molla elastica simile a quella di Jurine. Ma tutti questi processi sono inutili. Anco la cannella può essere soppressa. Nulla si oppone ad introdurre sulla tenta, che è servita a deostruire il canale nasale, uno stiletto d' argento flessibile, all' estremità superiore del quale è infilzato il filo. Questo stiletto giunto nella narice è facilmente ricevuto sulla scannellatura di una tenta scannellata ordinaria posta sotto il turbinato inferiore. Il chirurgo combina l' azione di questi due istromenti, cosicchè la tenta presenti all' altro istromento un piano inclinato in avanti e in alto, sul quale si fa procedere. L' estremità dello stiletto si ripiega sulla tenta, e il bottone che la termina si presenta da se stesso all' apertura della narice, e tirandolo in fuori seco porta facilmente il filo. Questo processo è molto più semplice, e più facile ad eseguirsi; non esige dalla parte del chirurgo che una mediocre abilità, ed una certa delicatezza di tatto, per riconoscere i rapporti dello stiletto e della tenta, e per collocare con prontezza uno sull' altro istromento.

Processo dello Scarpa. Scarpa divide il corso delle malattie delle vie lacrimali di cui qui si tratta, in quattro periodi, che sono caratterizzati: 1. da una debolissima dilatazione del sacco lacrimale: 2. da una dilatazione più considerabile e da un' irritazione della membrana intera di quest' organo: 3. dallo stabilimento della fistola: 4. dalle carie dell' osso unguis. Queste affezioni sono quasi sempre consecutive, secondo lui, all' infiammazione cronica ed all' aumento morboso della secrezione delle glandule del Meibomio. Indipendentemente da questi mezzi, che ei dirige

contro questa causa del tumore e della fistola lacrimale, attacca queste malattie coi mezzi seguenti. Nel primo periodo adopera il metodo di Anel. Nel secondo incide il sacco, come facevano G. L. Petit, Desault e la maggior parte de' chirurghi; e dopo avere deostruito il canale nasale pone nella sua cavità una candeletta di piombo, flessibile, poco grossa, munita alla sua parte superiore di una specie di testa schiacciata. Un pezzetto di taffettà gommosa ricopre questa parte dello stromento, come ancora la ferita. Questa specie di chiodo, che lo Scarpa chiama col nome di *conduttore delle lacrime*, deve restare al posto per otto o dieci mesi, ed anco per un anno e più. I malati lo tirano fuori due volte la settimana per pulirlo, e subito lo rimettono a suo luogo. Secondo il professore di Pavia qnesto stromento non ha bisogno d'essere cambiato, ed egli crede che operi dilatando il condotto delle lacrime: il liquido che forma queste ultime pare che basti per ristabilire la libertà del canale ch' esse devono percorrere.

Nel terzo periodo, quando esiste una fistola lacrimale, lo Scarpa vuole che s' incida il sacco lacrimale in tutta la sua estensione trasversalmente: che si ponga nel canale una candeletta di gomma elastica, e che si medichi l' interno del sacco con filaccica spalmata di unguento detersivo e leggermente escarotico. La cura dovrà esser continuata fino che le parti sieno ritornate alle loro dimensioni naturali: allora il chirurgo dovrà porre nel canale nasale il conduttore delle lacrime, e mantenervelo per un tempo lunghissimo, come nel caso precedente.

Finalmente nel quarto periodo il professore di Pavia considera la fistola lacrimale come incapace di guarirsi per mezzo della dilatazione del canale nasale: allora egli ricorre al metodo degli antichi e di Woolhouse, cioè al cauterio attuale. Una incisione è fatta alla parete anteriore del sacco lacrimale: quest' organo è in seguito ripieno di filaccica: due giorni dopo una cannella d' argento è introdotta a traverso dell'osso unguis, e quando vi si è fissata, è applicato un cauterio a cannello sull' osso a fine di consumarlo, come pure le membrane che ricoprono le sue due facce. L' apertura che risulta da questa cauterizzazione deve essere obbliqua da alto in basso, e dal di fuori al di dentro, affinchè le lacrime possano più facilmente introdurvisi.

Semplici medicature, cataplasmi emollienti: e successivamente paste di fila o di gomma elastica si adopereranno a fine di medicare la ferita esterna, e di mantenere la libertà del nuovo passaggio che vi è stabilito. Queste medicature dovranno es-

sere continuate fino che gli orli dell' apertura della comunicazione fra la cavità del sacco e le fosse nasali sieno cicatrizzate: allora solamente si permetterà alla ferita esterna di chiudersi.

Processo del Sig. Dupuytren.

La cannella di Foubert era caduta in obblio: i successi che Pellier aveva ottenuti con una cannella più lunga e meglio costrutta, malgrado gli elogi di Bell, non avevano potuto impegnare i pratici ad adottare questo stromento; quando il Sig. Dupuytren si occupò di perfezionare la cura del tumore e della fistola lacrimale. Questo professore riconobbe che la mancanza di successo nella maggior parte dei processi ordinarii dipende dalla poca durata dell' azione dei mezzi che si oppongono al male, la cui causa sviluppata che sia una volta pare che agisca per un tempo sì lungo, che dopo una cura continuata per più mesi o per più anni, essa è ancora tanto potente da determinare di nuovo l' ingorgo delle membrane che rivesrono il canale nasale, e l' obbliterazione del suo calibro. Cercò dunque un mezzo la di cui azione fosse permanente, e che potesse permettere alle lacrime di riprendere il loro corso, e lo trovò nell' uso delle cannelle fissate nel canale nasale. Dando a questi stromenti una forma, e soprattutto delle dimensioni aggiustate, seppe evitare gl' inconvenevoli rimproverati al processo di Foubert e di Pellier, e che dipendevano dall'avere la cannella adoperata da questi pratici delle proporzioni troppo piccole, per lo che non tardava, risalendo verso il sacco lacrimale, e cadendo nelle fosse nasali, a produrre degli accidenti, o a rendere inutile l' operazione. Il Sig. Dupuytren si serve dei seguenti strumenti: 1. di una cannella di argento o d'oro, lunga venti in venticinque millimetri, conica, più larga in alto che in basso, guarnita alla sua estremità più voluminosa di un cercine circolare mediocremente grosso, leggermenre curva secondo la sua lunghezza a fine di adattarsi alla forma del canale, e tagliata a sghembo alla sua estremità la più stretta, in modo che la sua apertura sia diretta nel senso della concavità della sua curvatura: 2. di una spina di ferro formata da un fusto rotondo, tanto grosso per entrar nella cannella, e per sostenerla, in tal modo però che essa l' abbandoni al minimo sforzo. La punta di questa spina deve essere talmente adattata alla cannella, che il becco di questa non faccia su quella ineguali prominenze. L' altra sua estremità guarnita d' un' orlo rilevato che sostiene la cannella e preme su esso, si ripiega in seguito ad angolo retto, e finisce in un manico schiacciato, disposto in maniera che tenendolo fra le dita, tanto la punta quanto la cannella che sostiene essendo voltata in basso, la concavità di questa sia voltata verso l' operatore.

Il Sig. Dupuytren apre il sacco lacrimale con un sol colpo

di bisturino, la cui punta è portata dietro lo spigolo osseo che comincia in alto il canale nasale. La punta di questo istromento essendo penetrata in questo condotto, solleva leggermente la lama e fa strisciare sopra di essa la punta della spina guarnita della sua cannella. Il bisturino è quindi tratto fuori, e la spina fatta penetrare mercè una mediocre pressione nel canale nasale, che la cannula deve occupare in totalità; cosicchè il suo orlo nascosto nel sacco lacrimale non oppone verun' ostacolo alla cicatrizzazione della ferita esterna. Anco la spina è dopo tratta fuori, mentre lo stromento che essa sosteneva rimane nel canale nasale. L' individuo non soffre che pochi dolori: alcune gocce di sangue colano dalla narice corrispondente: se si chiude il naso e la bocca del malato, e che gli si faccia fare una forte espirazione, esce dell' aria unita a sangue dalla ferita. Questo fenomeno annunzia che l' istromento è convenientemente collocato, e che una libera communicazione è stabilita fra il sacco lacrimale e le fosse nasali. Un pezzetto di taffettà gommoso basta per ricoprire la ferita, la quale spesso è chiusa nello spazio di 24 ore.

Risulta da tutto ciò che è stato detto precedentemente che la fistola lacrimale può essere operata seguendo due metodi generali, i quali consistono; 1. nell' aprire alle lacrime un passaggio artificiale a traverso l' osso unguis: 2. nel ristabilire la libertà del passaggio naturale. Noi non abbiamo un prospetto comparativo, secondo il quale si possa giudicare giustamente del merito di questi due metodi, e dei numerosi processi che vi hanno correlazione E in tale occasione si conosce vivamente quanto sia stato vizioso il metodo seguito dai nostri predecessori. Essi non ci hanno fatto conoscere che i loro successi, e quando si scorrono le loro opere, fa meraviglia il vedere che tutte queste maniere di agire sono vicendevolmente preconizzate, e considerate come le sole che sieno efficaci. Sarebbe desiderabile che in seguito di osservazioni esatte si stabilisse quante guarigioni o quanti esiti sinistri si ottengono sopra un numero determinato di malati, secondo ciascun metodo e secondo ciascun processo. È evidente che l' operazione che fosse coronata da un maggior numero di successi dovrebbe essere preferita a tutte le altre. Il Sig. Dupuytren si è occupato per lungo tempo in un lavoro di questo genere, del quale noi esporremo i risultamenti. Riepilogo.

Il metodo che consiste nello stabilire alle lacrime una via artificiale presenta gravi inconvenevoli, come a dire, che le lacrime hanno sempre più tendenza a scendere lungo il canale nasale, che a passare per l' apertura fistolosa che siasi stabilita

a traverso l'osso unguis, e che è sempre situata più o meno alta sulle pareti interne del sacco lacrimale. Sembra dimostrato da una moltitudine di fatti, che la fistola interna si oblitera più facilmente del canale nasale convenientemente dilatato; da questo risultano le più frequenti recidive della malattia. Se qualche imbarazzo sopraggiunge dopo che il condotto naturale è stato allargato, si può facilmente ricorrere alle iniezioni, introdurre in questa cavità, dal punto lacrimale o dall' apertura inferiore del canale nasale, delle tente o degli specilli che ne ristabiliscano la libertà. Ma tutti questi compensi mancano quando si perfora l'osso unguis: la recidiva della malattia esige necessariamente una nuova operazione. Finalmente è una verità di pratica, di cui pare che non si apprezzi tutta l'importanza, che nè la cauterizzazione, nè i caustici, nè lo stampo, nè il troacarte, nè veruno dei mezzi, di cui si è fatto uso per fare all' osso unguis e alle membrane che ne rivestono le due facce, un' apertura, una estesa perdita di sostanza, non basterebbero a prevenire constantemente l' obbliterazione dell' apertura artificiale che si è fatta. Essa si chiude per l' effetto della tumefazione dei suoi orli, e in conseguenza di quel moto di stringimento, in virtù del quale le labbra della ferita tendono incessantemente a ravvicinarsi dalla circonferenza al centro, e finiscono per riunirsi interamente. Le membrane mucose delle fosse nasali, egualmente che quelle della parete posteriore del sacco lacrimale, sono troppo flosce, troppo molli, troppo spugnose, troppo debolmente attaccate alle ossa, che esse ricoprono, perchè la loro perdita di sostanza non venga ad essere prontamente riparata, e perchè le loro ferite, per quanto estese possano essere, non si cicatrizzino in poco tempo pel ravvicinamento dei loro orli. L' osso unguis può restare estraneo a questa obbliterazione: la sua apertura non si chiude che lentamente, e spesso essa anco persiste, ma le membrane si ravvicinano e si riuniscono anteriormente e posteriormente a lui, e chiudono il nuovo passaggio delle lacrime.

Considerato, rispettivamente ai processi mediante i quali si eseguisce il metodo operativo, che consiste nel perforare l' osso unguis, non presenta nulla di soddisfacente. Il processo di Hunter, quello di Petit, che consisteva nel servirsi d' un trequarti curvo, a fine di rompere la parete lacrimo-nasale; quello di Woolhouse perfezionato da Scarpa, sono imbarazzanti nell' esecuzione e dolorosi per il malato. È quasi impossibile d' introdurre la lamina di Hunter fino sotto il turbinato medio e di appoggiarne l' estremità sulla faccia interna dell' osso unguis. Lo stampo non agisce quasi mai che alla maniera d'un trequarti che rompesse l' osso. Quanto alla cauterizzazione essa

è più semplice, e con abitudine e destrezza si giunge a preservare le parti vicine dall' azione del cauterio. Ma gli accidenti consecutivi sono sempre violenti, e la cura idonea a rendere permanente l'apertura è molto lunga. Questi processi sono dunque abbandonati in Francia da tutti i pratici giudiziosi, nè vi si deve ricorrere che quando ostacoli invincibili si oppongano al ristabilimento del canale nasale, o quando la carie ha quasi affatto distrutto l'osso unguis, e praticata l'operazione. In questo caso la cannella del Woolhouse deve essere rigettata, a cagione della poca solidità, colla quale essa è fissata. Pure noi pensiamo che sarebbe utile un' istromento simile, a fine di opporsi al ristringimento ulteriore dell' apertura; ma bisognerebbe allora dargli la forma d' un chiodo a due capi, la cui parte media sarebbe abbracciata dalla parete lacrimo-nasale, e le due lamine della quale, prominenti sulle due membrane mucose, si opporrebbero ad ogni sorta di traslocamento. Questa cannella è analoga all' istromento di cui fa uso il Sig. Dupuytren per la guarigione della ranula, e che noi descriveremo più abbasso.

Non abbiamo parlato della riunione del processo di Hunter e della cauterizzazione di Scarpa, metodo che è stato proposto in questi ultimi tempi. Una tale associazione è compiutamente inutile, e non ha altro risultamento che di aggiugnere ad uno dei processi l' imbarazzo e le difficoltà dell' altro. Poichè se si vuole cauterizzare largamente, nulla si oppone al farlo mentre l' osso unguis è tuttavia intatto, e non vi è per niente bisogno per ciò di portar via da principio una porzione di quest' osso colla cannella tagliente di Hunter. Un tal metodo è dunque al di sotto della critica, e non è il talento chirurgico che ne ha suggerito il pensiero al Sig. Nicod.

Il metodo che consiste nel ristabilire il corso naturale delle lacrime è dunque il più vantaggioso; pure nei processi di G. L. Petit, di Desault, e mediante il *conduttore delle lacrime* di Scarpa, esso esige delle medicature e delle attenzioni continue per tre, sei ed anco otto mesi e più. Dopo una cura così lunga, durante la quale i malati sono stati sottoposti a tutti gl' incomodi che risultano dalla loro malattia, la guarigione non è ancora assicurata. Il Sig. Demours che relativamente alle malattie degli occhi possiede un gran numero di fatti, pensa che guariscono tanti malati non operandoli, quanti eseguendo uno dei processi che abbiamo indicati. Non si andrebbe molto lungi dalla verità stabilendo che su venti malati appena due guariscono radicalmente e senza accidenti. Presso tutti gli altri la lesione non è che palliata, e dopo un tempo più o meno lungo ricompare. la necessità di nuove iniezioni ed anco un' altra operazione.

Quanto al processo di Pouteau, conveniente solamente quando i punti o i condotti lacrimali sieno obbliterati, è raro che sia seguito da buon successo. In fatti qualunque mezzo si adopri a fine di rendere permanente l'apertura fatta alla congiuntiva, la ferita infossata, e per così dire perduta nelle ripiegature di questa membrana, si chiude quasi sempre in poco tempo. E quando ancora essa restasse aperta, è dubbio se le lacrime non avessero facilità maggiore a spandersi sulla gota, che a prendere il loro corso per l'apertura stata fatta. Questo processo è altronde sottoposto a tutte le probabilità sfavorevoli, che sono inerenti al metodo che consiste nel dilatare il condotto naturale delle lacrime.

La mancanza di buon successo che rende tanto incerti i risultamenti dei processi che han relazione con questo metodo, dipende dalla contrazione secondaria del condotto che si era creduto di dilatare in una maniera permanente. La tendenza ad obbliterarsi, che si è portata molto lungi nel canale nasale, è l'ostacolo contro il quale hanno urtato i pratici i più celebri, i fondatori della moderna chirurgia. Foubert aveva conosciuto che bisogna opporre a questa tendenza una forza passiva e permanente che mantenga distanti le pareti del canale nasale; ma, come abbiamo fatto osservare, la mobilità della sua cannella la fece abbandonare. Pellier non fu più felice; ed era riserbato al Sig. Dupuytren di sormontare tutte le difficoltà che presentava l'uso di questo istromento. Il processo di questo professore, che noi abbiamo precedentemente descritto, è il più semplice ed il più facile ad eseguirsi. Appena posta nel canale nasale la cannella, che vi si trova solidamente fissata, rende inutile ogni specie di cura consecutiva. La cicatrizzazione della ferita esterna è compiuta in ventiquattro ore, quando siasi inciso il sacco col bisturino; e un poco più tardi quando esisteva un' apertura fistolosa, a traverso la quale è stato introdotto l'istromento. Succede che i malati possono ritornare alle loro occupazioni immediatamente dopo essere stati operati. La maggior parte di essi ignora di portare un corpo estraneo nelle vie lacrimali, tanto poco sono incomodati dalla sua presenza. Tutti testificano la più gran meraviglia quando, dopo una incisione che dura appena un secondo, e l'introduzione d'una cannella che si fa del pari sollecitamente, si annunzia loro che sono guariti per sempre, e senza che vi sia bisogno d'altre medicature, se non che rinnovare una o due volte il pezzetto di taffettà gommoso che cuopre la loro ferita. Un grandissimo numero d'individui di ogni età e di ogni sesso sono stati operati dal Sig. Dupuytren in questa maniera;

e il più costante successo ha coronato la sua pratica. I calcoli che egli ha saputo fare relativamente ai malati guariti, paragonati a quelli degl' individui che non sono stati così felici; sono, che su venti individui, sedici al meno guariscono compiutamente e radicalmente, senza che la cannella si smuova mai. Fra i quattro altri, in due la cannella cade nelle fosse nasali e risale verso il sacco lacrimale, di maniera che si rende necessario farne l' estrazione. E siccome questo accidente può non manifestarsi che dopo un tempo lunghissimo, la guarigione non è meno sicura in parecchi casi, perchè il canale nasale riprende le sue funzioni come se fosse stato dilatato col mezzo di lucignoli o di candelette. Finalmente altri malati soffrono spesso dei dolori, irritazione ed altri accidenti inflammatori, che si combattono mediante gli antiflogistici locali e generali. È cosa rara l'essere allora obbligati di estrarre la cannella; ma quando bisogna farlo, questa operazione ristabilisce la calma, e gli individui possono assoggettarsi qualche tempo dopo ad una ulteriore operazione. Vi sono ancora de' casi, nei quali la cannella ha cambiato posto troppo presto, o nei quali bisogna introdurne una che sia meglio adattata alla disposizione delle parti.

Questi risultamenti, lungi dal sembrare esagerati, saranno all'opposto giudicati meno favorevoli ancora di quello che risulta dai fatti, se si consideri che un gran numero di malati operati secondo questo processo all' Hôtel-Dieu ritornati alle loro case non hanno dato notizia di se stessi. Questi malati non sono neppure più ricevuti nello stabilimento; essi si presentano la mattina, si fanno operare e spariscono per non lasciarsi più rivedere. Bisogna dunque in ultima analisi preferire un processo tanto semplice e tanto vantaggioso a tutti gli altri. E quando esistono all'osso unguis delle denudazioni, le quali sembrano controindicare l'uso della cannella, dopo avere aperto il sacco, bisogna medicare convenevolmente la ferita per procurare l' esfoliazione delle porzioni ossee scoperte, e per ricondurre la malattia allo stato di semplicità, che rende quasi infallibile il processo del Sig. Dupuytren. Si opererebbe nella stessa guisa se nelle parti molli vicine al sacco lacrimale esistessero dei fori, o delle considerabili callosità, le quali bisognerebbe distruggere prima d'introdurre la cannella).

1.° *Della Ranula.*

Il tumore salivare si forma nell' interno della bocca sotto la lingua e presso il suo ligamento anteriore. Nel principio esso è molle, e qualche volta trasparente, e presenta in mezzo alla sua parte più alta una fluttuazione più o meno distinta. In questo stato esso non dà dolore, e non incomoda quasi niente i moti della lingua: ma se diviene più grosso, dà molto incomodo, e nuoce specialmente all' atto di parlare. Quindi dopo che ha preso un' accrescimento più considerabile il malato non fa che dei suoni male articolati, che sono stati malamente paragonati allo strepito che formano le ranocchie, il che ha fatto dare il nome di ranula al tumore di cui si parla. Si sono veduti alcuni tumori divenire tanto grossi quanto un uovo di tacchina e più, e alzare e portar la lingua da parte, occupare una gran porzione della cavità della bocca, gettare in fuori i denti canini e incisivi, abbassare il piano inferiore della bocca e portarsi sotto il mento. Allora essi sono dolorosi, e possono essere complicati con infiammazione, con febbre, e con suppurazione.

Opinioni sulla loro natura. La natura della ranula è stata per lungo tempo malamente conosciuta. Celso la prese per un ascesso di natura particolare, nel che fu seguito da Ambrogio Pareo. Essi ignoravano l' esistenza del condotto escretore delle glandule massillari, il quale è stato descritto per la prima volta dal Warthon nel suo tratto di Adenografia, pubblicato nel 1654, 1655. Ma come scusare Fabrizio d' Acquapendente di avere classificata la ranula fra i tumori cistici, e di averla confusa col meliceride; egli che doveva conoscere il condotto in questione? Munnicks, che scriveva presso a poco nello stesso tempo, non si è per niente ingannato. Egli conobbe che la ranula era formata dalla saliva trattenuta in uno dei canali che vanno ad aprirsi sotto la bocca. *Potius dicemus ranulam oriri a saliva nimis acri, simulque crassiore, quae, per inferiores ductus salivales erumpens, atque ob suam ipsius visciditatem extrema ipsorum orificia libere penetrare nequiens, hinc sub lingua, pone ejus ligamentum, subsistens hunc ibidem tumorem insigni cum dolore excitat.* Un testo così preciso e così chiaro non ha potuto impedire che l' Eistero abbracciasse l' opinione di Fabrizio d' Acquapendente, e non è stato se non in questi ultimi tempi che è prevalsa l' opinione di Munnicks: anco Lafaye e Louis vi hanno posta una specie di restrizione dicendo che la ranula

ha la sua sede nel canale escretore delle glandule massillari e in quello delle sublinguali, come se queste ultime glandule avessero uu canale escretore comune.

La ranula è dunque un tumore prodotto dalla saliva condensata, ed accumulata in uno dei canali salivari di Warthon. Quando questa malattia è recente l' umore che vi si contiene conserva la sua limpidità, ma nello stesso tempo ha una viscidità che lo fa somigliare alla chiara. d' uovo. In un tempo più inoltrato divien torbido, e vi si formano delle concrezioni come arenose. Qualche volta queste concrezioni si trovano riunite, e presentano l' aspetto di pietre molli e friabili. Finalmente quando la ranula è giunta ad un volume eccessivo, è possibile che le sue pareti suppurino, e che il pus che esse somministrano si mescoli all' umore accumulato, o che la pressione che il tumore esercita sulle parti vicine vi richiami degli ascessi. Cosa è?

Sono stati posti in uso diversi mezzi per giungere alla guarigione della ranula. Pareo vi faceva penetrare un ferro infuocato a traverso una lamina di metallo forata nel suo mezzo, colla quale copriva il tumore, e che serviva a difendere le parti vicine dall' impressione del cauterio. Egli non dice i motivi che lo inducono a seguire questo processo. Forse vi era indotto dalla natura fredda dell' umore accumulato. Forse ancora si proponeva di fare un' apertura con perdita di sostanza, gli orli della quala induriti dall' azione del fuoco offrissero a questo umore una strada per cui potesse continuatamente sgorgar fuori. Quelli che l'hanno seguitato han preferito di evacuarlo incidendo le pareti del sacco che lo richiude. Pure alcuni hanno provato che questa maniera di operare non ha sempre quel buon successo che se ne aspetta, perchè gli orli della ferita si ravvicinano e si consolidano, cosicchè il male non deve tardar molto a rinnovarsi: e quindi hanno suggerito di fare l' incisione tanto estesa quanto lo permettono le circostanze, il che è inutile; perchè si sa che una ferita semplice che ha molta lunghezza, si richiude tanto facilmente quanto una ferita più piccola. Ad alcuni è rincresciuto di non potere estirpare la sacca, e senza dubbio avrebbero tentato di farlo, se non fossero stati trattenuti dal timore d' interessare i vasi sanguigni e i nervi vicini. In difetto di questo processo si è tentato di distruggerla toccandola con un caustico liquido, l' effetto del quale avrebbe potuto stendersi fino sulla porzione del canale del Warthon che è annesso alla glandula massillare, e dar luogo ad una cicatrice che lo avrebbe chiuso. Mezzi di guarigione.

Quale è lo scopo di questi mezzi.

Lo scopo che dobbiamo proporci non è solamente di vuotare il tumore, e di far cessare gl'incomodi che esso cagiona, ma d'impedire che non si formi di nuovo, il che non può ottenersi se non conservando un'apertura, mediante la quale la saliva filtrata nella glandula massillare, possa continuare a colare nella bocca. Le ragioni che sono state esposte sopra mostrano che il cauterio attuale vi conduce più sicuramente del bisturino. Pure io ho provato che non può mancare di produrre il suo effetto. Una donna che aveva un tumore salivale molto grosso, sebbene semplice, avendo acconsentito che io le applicassi il cauterio attuale, mi servii d'uno di quelli dei quali si fa uso per forare l'osso unguis nella fistola lacrimale, e che vi si portava mediante un'imbuto. Il becco di quest'ultimo stromento essendo stato applicato sulla parte la più rilevata del tumore, il ferro infuocato che vi portai vi penetrò all'istante, e quasi senza cagionare dolore. L'umore ne uscì immediatamente, e non vi vollero che pochi giorni perchè l'escara si staccasse, e perchè l'apertura si consolidasse. La malata si credè guarita, e stette più d'un'anno senza risentir nulla del suo incomodo. Dopo questo tempo il tumore ricomparve, ed arrivò ben presto alla medesima grossezza della prima volta. Io mi accorsi che l'apertura fatta alla membrana interna della bocca erasi conservata, e che il sacco formato dal canale della massillare passava a traverso; presi con le pinzette da dissezione la porzione di questo sacco che era prominente in fuori e la tagliai con cesoie curve sul loro piano. Uscì l'umore, il sacco si assottigliò, e la malata si accorse appena di questa leggera operazione, che la liberò per sempre dal suo incomodo.

Se i malati non volessero assoggettarsi all'applicazione del cauterio attuale, bisogna contentarsi di aprire il tumore col bisturino; ma bisogna nel tempo stesso fare in maniera di rendere la ferita fistolosa, introducendo sulla fine una tasta di filaccica un poco solida, che le impedisca di chiudersi interamente. Io aveva aperte due ranule molto grosse ad un giovinetto di dieci anni, ed aveva avuto l'attenzione di dare alle ferite tutta l'estensione che potevano avere. Questa precauzione raccomandata da Louis e da molti altri non mi riuscì, e le ferite si rinchiusero, e la malattia si rinnovò. Volli servirmi del cauterio attuale, ma non si potè determinare il giovine malato ad acconsentirvi: e bisognò che io ricorressi di nuovo all'istromento tagliente. Le aperture eran più grandi delle prime. Pure mi accorsi ben presto che si andavano restringendo a segno da far temere che si sarebbero rinchiuse affatto. Fu

allora che io pensai di riempirle con un corpo che si opponesse alla loro consolidazione. V' introdussi due pezzetti di quelle candelette che si adoperano nella cura delle malattie dell' uretra. Il fanciullo le sopportava molto bene, ma il sapore dell' empiastro che davano in bocca lo incomodava moltissimo. Sostituii delle taste di filaccica che introduceva da se stesso, e che tirava fuori al momento del pasto. Questo mezzo ottenne un pieno successo, e il fanciullo restò compiutamente guarito.

Louis ottenne la guarigione di due ranule con simil processo. Un giovine aveva sotto la lingua un tumore che non lo incomodava che pel suo volume, e di cui Louis conobbe facilmente la natura. Esso era in certo modo diviso in parte dritta ed in parte manca da una sinuosità che si vedeva al suo mezzo, e ciascuna parte aveva sopra una specie d' asta. Louis avendo introdotto uno specillo bottonato in queste ulcere, l'istromento penetrò ad una gran profondità, e facilitò l' esito di molto umore denso e trasparente, molto simile alla chiara d' uovo. Allo specillo fu surrogato un filo di piombo e vi fu lasciato stare. La ferita ingrandita lasciò uscire l' umore accumulato, e il tumore si vuotò. Louis vi pose un filo di piombo più grosso del primo, e consigliò il malato di tirarlo fuori ogni mattina per permettere all' umore di sgorgare, e quindi di rimetterlo. Dopo quindici giorni di dilatazione continua, gli orifizi furono fuori del caso di richiudersi. La saliva non è stata più trattenuta, e la ranula non si è più riprodotta.

Nel caso che per mezzo dei fili di piombo di diverse grossezze si giungesse ad ingrandire l' apertura naturale del condotto di Warthon, in maniera da procurare un' esito libero all' umore il di cui ammasso forma la ranula; e quando questa apertura tendesse continuatamente a restringersi, si potrebbe fare uso di una cannella lasciata per lungo tempo in questa apertura, e finchè essa diventasse callosa. Io sono stato consultato da un particolare che ne portava una da tre anni senza essere incomodato. Essa non gl' impediva nè di mangiare, nè di parlare. Questa cannella aveva quaranta millimetri di lunghezza sopra tre di grossezza. Vi era stato fatto una specie di capo di forma lenticolare, per paura che essa non penetrasse troppo avanti. Quantunque il volume del tumore avesse permesso di farvi una apertura molto grande, questa apertura erasi richiusa tre volte, e tre volte era stato duopo riaprirla. Il timore, che l' ultima apertura che vi era stata fatta non si richiudesse essa pure, aveva fatto pensare a mantenerla con la cannella di cui ho parlato. Lo scopo propostosi era stato a-

dempiuto. Pure la persona incomodata desiderava non essere più soggetta a farne uso. Io credei che fosse prudenza d' impegnar lui a portarla ancora per qualche tempo.

Ciò che bisogna fare quando la ranula sia molto grossa.

Se questo tumore fosse giunto ad un volume molto considerabile, e che le sue pareti avessero acquistato molta grossezza, non basterebbe aprirle col cauterio attuale o coll' istromento tagliente; bisognerebbe tagliare una porzione del sacco, il che non potrebbe farsi se essa non fosse stata incisa in una grande estensione. Gli orli della ferita si solleverebbero con le pinzette o con un' uncino, e si porterebbero via col bisturino o con le cesoie. Questa operazione, resa necessaria dalle circostanze, non potrebbe avere veruna funesta conseguenza, poichè non si tratta che di estirpare delle porzioni di membrane, che hanno sofferto una estensione violenta e forzata, che non sono guarnite di vasi sanguigni o di nervi così grossi da far temere un' emorragia o delle affezioni nervose di qualche conseguenza. Se nei primi istanti venisse del sangue non mancherebbero i mezzi di arrestarlo, e l' uso dei gargarismi detersivi, soccorso da un buon regime, procurerebbe una sollecita consolidazione della ferita.

È tal volta accaduto, che delle ranule non conosciute sono diventate sì grosse da far tanta prominenza sotto il mento, quanto nell' interno della bocca; e la fluttuazione si faceva sentire meglio fuori che dentro detta cavità. Tale è il caso riferito da Louis, secondo Leclerc chirurgo a San Vinox. *La* malattia occupava tutta la bocca, e faceva all' esterno una prominenza quanto un uovo d' anitra. Parecchi giudicarono che non vi si dovesse far nulla; ma Leclerc volendo essere utile alla malata, che era minacciata da una imminente suffogazione, immerse un trequarti nel tumore nel luogo ove all'esterno mostrava esser più molle. Uscì dalla cannella un liquore giallognolo e molto consistente. L' apertura fu ingrandita col bisturino e fu estratta dal centro del deposito molta materia arenosa e di color cenerino. Non vi fu emorragia. Da quel momento la malata, che da lungo tempo era restata priva dell'uso della parola, cominciò a parlare. La respirazione e la deglutizione divennero facili e le medicature metodiche procurarono la guarigione in un mese.

Ciò che deve farsi quando si pronunzi

Non si possono muovere dubbii sull' esattezza colla quale questa osservazione è esposta; pure la malattia aveva cominciato da ventidue anni, ed era verisimile che il canale escretore della glandula massillare che ne era la sede non lasciasse uscire la saliva da lungo tempo. La sua apertura doveva esser chiusa. Come si è ella ristabilita tanto bene che la malata non

abbia risentito il minimo danno della sua malattia? Mi pare che in un caso di questa specie bisognerebbe volgere le mire al canale, e farvi un'apertura che si manterrebbe tanto tempo quanto bastasse per assicurarsi che essa resti fistolosa. Nulla sarebbe più facile quanto adempiere questa indicazione. Basterebbe il far penetrare, dalla ferita esterna fino a quel luogo della bocca che pare il più favorevole, una cannella, lungo la quale si farebbe passare un trequarti terminato come un' ago, e alla parte opposta alla punta portante una cruna, la quale porterebbe seco un lucignolo di cottone, di cui si farebbe uso come di un setone, e del quale si continuerebbe a far uso tanto tempo, quanto fosse necessario. all'esterno.

(Il ragionamento e l' osservazione dimostrano che l'apertura del tumore formato dalla saliva accumulata nel suo canale escretore, e formante sotto la lingua un tumore più o meno considerabile, è un processo poco efficace. Lo stesso dicasi dell' introduzione temporaria dei lucignoli, dei fili di piombo, delle cannelle e di altri mezzi simili, o siasi fatta soffrire o no alle pareti del tumore una perdita di sostanza più o meno considerabile. Processo del Sig. Dupuytren.

Queste pareti sono talmente molli, talmente flessibili e sì facili a ravvicinarsi, che le loro aperture si cicatrizzano quasi sempre poco tempo dopo che sono tolti i mezzi dilatanti, e che si riproduce la malattia. I caustici e anche il fuoco, raccomandati da Marco Aurelio Severino, da Ambrogio Pareo, dal Warthon, da Camper e da altri, non hanno più sicuro e più permanente successo. Il Sig. Dupuytren ha immaginato da molti anni di mantenere aperta la ferita fatta alle pareti del tumore salivare, ponendo fra le labbra di questa un corpo che potesse rimanervi costantemente. L' istromento che fece costruire ad oggetto di adempiere questa indicazione consiste in un fusto rotondo d' argento, d' oro, o di platino, lungo da otto millimetri, largo quattro in circa, portante alle due estremità una lastra ovale leggermente convessa sulla sua faccia libera, concava sulla faccia opposta. Una delle piccole lastre deve trovarsi nell' interno del sacco, e l'altra all'esterno; cioè nella cavità della bocca. In vece di questo istromento il Sig. Dupuytren si era servito di una cannella a due capi; ma osservò ben presto che gli alimenti penetravano nel canale che essa presentava; e che il liquido poteva passare facilmente all' esterno fra il fusto e le labbra della ferita.

Fatta l' apertura del sacco o con la puntura, se è poco considerabile, o coll' incisione di una parte delle sue pareti, se è molto voluminoso, o se le pareti che la formano hanno acqui-

stata una maggiore o minor grossezza; fatta, come dicemmo, questa apertura il sig. Dupuytren lascia che ne scoli il liquido, e per porre l'istromento di cui abbiam dato la descrizione aspetta che la ferita non presenti più che un piccolo orifizio, grande però abbastanza per ricevere lo stromento che deve impedirle che si richiuda compiutamente. Questo metodo di cura è stato costantemente seguito da buon successo; esso è tanto semplice, quanto facile ad eseguirsi, e i malati non si sono mai doluti di essere incomodati dalla presenza di questo istromento quando dopo qualche giorno si erano accostumati a portarlo).

Operazione sopra una pietra.

Io terminerò questo articolo con un fatto che non ha altra relazione colla ranula se non perchè la malattia aveva la sua sede in una della glandule massillari e nel suo canale escretore; il quale fatto mi sembra degno di essere conosciuto. Un' uomo nel vigore dell' età sentì un dolore vivo alla glandula massillare sinistra, tirando di spada, nel tempo che faceva uno de' soliti gridi, familiari a quelli che si esercitano in questo giuoco. A questo dolore successe una tumefazione inflammatoria che non si giunse a dissipare affatto coll' uso dei mezzi ordinarii. La glandula restò dura, grossa e di una mediocre sensibilità. Poco dopo ella aumentò di volume e divenne molto dolorosa. Alcune persone consultate furono di parere di attaccarla co' risolventi applicati all' esterno e amministrati internamente; un' altro consigliò la cauterizzazione. Quest' ultimo applicò un pezzetto di potassa concreta sulla glandula, la fece suppurare lungo tempo, e credè aver guarito il malato. Pure il suo incomodo era lo stesso. Non poteva durare a parlare per qualche tempo, tirar di spada, masticare alimenti un poco duri, senza che ricomparissero il dolore e la tumefazione. Si accorse allora d' un imbarazzo sotto la lingua presso al ligamento anteriore di quest' organo, e portando il dito sul luogo ove l'imbarazzo di cui si tratta si faceva sentire, riconobbe che vi esisteva qualche cosa di duro. Io fui pregato di dargli un mio consiglio; e dopo aver sentito il racconto di ciò che era avvenuto, ed avere esaminato il disotto della lingua, riconobbi a traverso la grossezza delle parti che all' estremità del canale di Warthon eravi un corpo lapideo che lo riempiva. Una incisione che vi feci diede esito a questo corpo, la di cui forma si avvicinava a quella di un grano d' orzo, con un poco più di volume. Egli tratteneva la saliva, e costringendola a rifluire indietro aveva prodotto l' incomodo di cui il malato si doleva da lungo tempo: quindi tutti questi incomodi si dissiparono ben presto. Ma essendo ricominciati qualche tempo do-

po si riconobbe la presenza di una nuova pietra, la quale fu tolta parimente per incisione, e dopo quel tempo il malato non ha più risentito altri incomodi.

2.° *Delle fistole della parotide e del suo condotto escretore.*

Vi sono due specie di fistole salivari che sono del medesimo genere, ma che differiscono fra loro per la natura delle parti interessate. Le prime sono il prodotto di un' apertura che comunica con uno dei canali escretori particolari, che si trovano in gran numero nella parotide. Le seconde risultano da un apertura fatta al canale escretore comune di questa glandula. 1. Fistole della parotide.

Le fistole della parotide sono conosciute fino da antichissimo tempo. Galeno (*lib. 2. de composit. medicament.*) parla di un giovine di quindici anni, a cui sopravvenne un ascesso ad una di queste glandule, in conseguenza d' una febbre. Questo ascesso essendo stato aperto, la ferita non potè essere onninamente consolidata. Rimase una fistola che durò per sei mesi, e che Galeno guarì per mezzo di un' empiastro caustico. Il Pareo ha veduto nel 1557 un soldato che dopo un colpo di spada in una gota aveva, presso la giuntura della mascella, un forellino che appena avrebbe ricevuto un capo di spillo, e che somministrava molta acqua chiara quando il malato parlava o mangiava. Questa malattia cedè all' applicazione di un poco di acido nitrico e di solfato di rame calcinato. La natura di questi rimedii, insufficiente per guarire una fistola del canale escretore comune della parotide, e soprattutto il luogo ov' essa si trovava, ne indicano la natura. Il Pareo non lo dice, perchè a suo tempo s' ignoravano le funzioni di questa glandula, il canale escretore della quale non è stato conosciuto che nel 1660.

Fabrizio d' Acquapendente dice di aver incontrati dei casi simili, e di essersi servito degli stessi mezzi con successo. Fabrizio Ildano fa pure menzione di un giovine a cui rimase una fistola sotto l' orecchio destro, in seguito di un' ulcera a quella parte. Parecchi chirurghi avevano tentato inutilmente di guarirla. Fabrizio vi riuscì in sette settimane per mezzo dei medicamenti caustici. La malattia durava da tre anni. L' arte non ha fatto progressi su questo particolare. Coloro che hanno vedute delle fistole della stessa specie di quella di cui si parla, vi hanno facilmente rimediato per mezzo della compressione e delle cauterizzazioni leggere, e questi processi sono tutto ciò ch' esse esigono.

2. Del suo canale escretore.

Non è così facile il guarire le fistole del canale comune della parotide. La prima idea che siasi presentata alle persone dell' arte è stata di praticare un condotto artificiale, pel quale la saliva potesse cadere nella bocca, ed essere deviata dalla fistola. Questo è ciò che ha seguito un chirurgo chiamato De Rey, di cui Saviard ci ha conservato il processo. Siccome questo chirurgo temeva che il condotto che voleva formare non si chiudesse prima che la saliva ne avesse renduto callose le pareti, risolvette di forare la guancia dall' esterno all' interno con un ferro di forma allungata, di poco grossezza ed infuocato; il successo corrispose alla sua espettativa. L' apertura fistolosa si chiuse presto, e la saliva, che aveva poco indugiato a portarsi dalla parte del nuovo condotto, continuò a colare nella bocca per questa strada.

Forare la gota con cauterio attuale.

Aprire con un bisturino e porre una cannella.

Duphenix ha parimente pensato di procurare un nuovo condotto alla saliva; ma, o che temesse che questo condotto non si chiudesse troppo presto, anco quando fosse fatto con un cauterio attuale, o che le circostanze della malattia gli sembrassero di esigere un mezzo più efficace, si servì d' una cannella per mantenerla. La fistola che aveva da curare era la conseguenza di una enorme ferita fatta da un colpo di corno di cervo. Ne usciva quantità di saliva, ed era stata sperimentata la compressione, ma senza successo. Duphenix fece preparare una cannella di piombo lunga trenta millimetri, tagliata a sghembo ad una delle sue estremità, con un foro all' altra per ricevere un filo, e grossa come una penna da scrivere. La cicatrice fu portata via col bisturino in modo da formare una ferita lunga esternamente, stretta in fondo. La guancia fu forata avanti al massatere dall' alto al basso e da dietro avanti. Duphenix procurò nel porre la cannella che l' estremità tagliata a sghembo guardasse il fondo della ferita, e che l' estremità opposta corrispondesse all' apertura interna della gota. Tre punti di sutura riunirono le labbra della ferita esterna. La medicatura fu semplice: fu provveduto allo stato del malato, che fu tenuto giacente sul dorso, che fu salassato, ed a cui fu prescritto un severo regime. Si avvide egli ben tosto che la saliva passava nella bocca a traverso la cannella. Quando fu fatta la prima medicatura, che fu il quarto giorno, la ferita fu trovata che s' incamminava alla consolidazione. Il settimo era guarita, e furono tolti gli aghi. Il decimo giorno la cicatrice era perfetta. Il sedicesimo fu tolta la cannella della bocca per mezzo d' un filo che erasi avuto la precauzione di attaccarvi. Dopo quel tempo la fistola non è più ricomparsa.

Monro ha operato in una maniera più ingegnosa. Egli forò con una lesina da calzolaio non direttamente da fuori dentro come aveva fatto De Roy, ma obbliquamente dal dietro avanti, d'alto in basso, e dal di fuori al di dentro, presso appoco nella direzione del condotto di Stenone. Per rendere questa operazione più facile aveva introdotto nella bocca due dita che gli servivano a tener tesa la gota. Il tragitto dello stromento fu ripieno con un cordone di seta, le due estremità del quale furono legate lentamente al di fuori. Il setone era cambiato in ogni medicatura. Quando Monro si accorse che scorreva liberamente, e senza produrre dolore al malato lo levò, e l'ulcera guarì in poco tempo. Il setone era stato adoperato per tre settimane. Forare, e porre un setone.

Un mezzo analogo è riuscito a Coutavoz, ma solamente alla seconda operazione. La prima non ebbe buon successo perchè si dice che egli avesse avuto l'imprudenza di forare la grossezza del massatere, e di traversare questo muscolo con un setone. Sopraggiunsero dolori che fecero rinunziare a questo mezzo. Essendo stata fatta una seconda apertura che non forava il buccinatore, Coutavoz riuscì a guarire il malato dopo tre mesi d'assistenza.

Maisonneuve ha posto in uso un quarto mezzo che è la compressione, non esercitata sull'apertura fistolosa, come l'ha provata molte volte senza successo, ma facendo questa compressione lungo il canale della fistola fino alla glandula. Essa fu continuata per ventiquattro giorni. Il malato non prese che del brodo per il lungo intervallo della cura, ed ancora si serviva di un beveratoio. La fistola, che non era più traversata dalla saliva, si consolidò; ma sopravvenne una tumefazione considerabile alla parotide, ed una infiammazione edematosa al lato della faccia, del collo e del petto. Questi accidenti cedettero facilmente ai topici convenienti. Esercitare la compressione sopra una parte del canale.

La somiglianza delle fistole salivari con quelle che sono mantenute dall'apertura di qualunque altro canale escretore, e soprattutto colle fistole lacrimali, doveva suggerire l'idea di ristabilire la strada naturale della saliva. Così questa idea si è presentata a Louis. Essendo stato consultato per una persona che perdeva una parte della sua saliva da un'apertura fistolosa a una delle gote, fu di parere, che invece di praticare una strada artificiale a questo liquore, sarebbe stato più utile l'occuparsi a riaprire quella che la natura ha disposto pel di lei passaggio. Egli ignorava se questo consiglio fosse stato seguito da altri; ma l'occasione di tentare questo mezzo di guarigione non tardò molto a presentarsi un'altra volta. Louis Stabilire la strada naturale con un setone.

provò a scandagliare il canale di Stenone, introducendo uno specillo nell'apertura fistolosa esterna. Questo processo non riuscì che imperfettamente. Lo specillo non penetrava nella bocca, e rimaneva trattenuto all' estremità del canale. Louis ne ricercò la causa, e la trovò nella disposizione del canale, che non passa obbliquamente pel buccinatore, e che fa un gomito molto sensibile prima di passare a traverso questo muscolo. Conosciuta questa disposizione, non si trattava che di tener tesa la gota per fare sparire questo gomito. Allora lo specillo passò liberamente. Qualche giorno dopo fu adoperato un' altro specillo, che aveva una apertura o cruna alla sua estremità, e che portava seco un filo a doppio. Lo specillo e il filo passarono facilmente dalla fistola alla bocca, e furono tirati fuori per questa parte. Louis attaccò al filo un lucignoletto fatto con alcuni fili di seta, al quale fece percorrere la stessa strada. Uno dei capi del lucignolo fu fermato al berretto del malato, l' altro era fissato sulla gota per mezzo d'un empiastro glutinoso. Nel medesimo giorno la saliva cessò quasi interamente di passare dalla fistola. Le carni della fistola furono toccate e consolidate col nitrato d' argento fuso.

L' undecimo giorno dopo l' applicazione del setone bisognò sopprimerlo, perchè il malato si era esposto al freddo, il che aveva richiamato una flussione sulla gota, con una tensione dolorosa lungo il canale. Si rimediò a questo accidente con topici rilassativi. Louis si proponeva di conservare il setone fin tanto che lo scolo della saliva al di fuori fosse interamente cessato. Allora lo avrebbe tagliato a livello della bocca. Fu obbligato di agire diversamente: pure il successo fu compiuto.

Dopo che Louis ha pubblicato la sua osservazione, Morand ha detto d' avere egli pure fatto uso del setone nella cura della fistola salivare, colla mira di ristabilire le funzioni del condotto di Stenone aperto. Avendo scandagliato questo canale, ed avendo riconosciuta la sua integrità, aprì la fistola con un leggero caustico. Una tenta a setone, guarnita di tre fili storti, fu passata dall' apertura della fistola esteriore nella bocca, e i due capi del filo furono legati sulla gota del malato. Il secondo giorno questi sentì la sua bocca umettata di saliva, e non ne passava quasi più per la gota. Quando Morand giudicò che il tragitto fosse bastantemente dilatato, tagliò la parte del setone che era fuori, a livello della gota, lasciando fino al giorno dopo quella parte che rimaneva nel tragitto della fistola. Il giorno dopo il malato si trovò guarito. La durata della cura non è stata che di otto in nove giorni.

Tale era lo stato delle cognizioni acquistate su questo punto quando l' azzardo fece conoscere a Louis che le fistole salivari, prodotte e mantenute dall' apertura del canale escretore della parotide, potevano guarire con un mezzo più semplice. Questo mezzo consiste nell' applicazione d' un caustico disseccativo, la di cui escara chiudendo l' esterno, obbliga la saliva a riprendere la sua strada naturale per cadere nella bocca. Una pasta fatta col muriato corrosivo di mercurio e la crosta di pane in polvere, e un poco d' acqua di altea, col nitrato fuso d' argento hanno questa qualità. L' escara che producono deve essere in qualche maniera disseccata con applicazioni toniche. Quello di cui è servito Louis nel caso lo più interessante di cui si rende conto, è stato una dissoluzione di pietra medicamentosa di Crollio. Era stata più volte perforata la gota da diciannove anni in poi che il male aveva cominciato in conseguenza di una cornata di toro. Louis vide che l' apertura era piccolissima, e tentandola con degli specilli di diversa grossezza si accorse che il canale di Stenone non era nè ostrutto, nè troppo ristretto, poichè permetteva l' introduzione di quelli; ma non potè pervenire a far penetrare questi specilli nella bocca per l' orifizio del canale. La sua intenzione pare essere stata d' ingrandire l' apertura della fistola, perchè la tenta penetrasse più facilmente. Cauterizzò quest' apertura col nitrato di argento fuso e pose per di sopra un pezzetto di taffettà molto agglutinativo. Essendosi accorto che questo taffettà non era staccato dalla saliva, e che non ne passava dalla fistola, ne concluse con ragione che tutta la saliva cadeva nella bocca, e fece delle applicazioni di pezzette tuffate nella sopraindicata soluzione, a fine di ritardare la caduta dell' escara che la chiudeva. Appoco appoco quest' escara disseccata si staccò. Essa non aderiva più che per un filamento, che corrispondeva colla sua parte centrale. Finalmente cadde. A quest' epoca fu consigliato il malato di non servirsi che di alimenti liquidi, presi con un' abbeveratoio, e di non parlare per timore di non provocare una troppo grande secrezione di saliva. Egli si trovò guarito in pochi giorni. Due altri lo sono stati della stessa maniera, uno da Louis, l' altro da Ferrand de Baune in sequela dei consigli di questo celebre chirurgo.

Cauterizzare la fistola con un caustico disseccativo.

Delle fistole della laringe o della glandula tiroidea.

Io ho avuto parecchie occasioni di osservare queste fistole. Esse erano situate alla parte media anteriore del collo, a

qualche distanza dalla laringe e dalla glandula tiroidea, l'una a dritta, l'altra a sinistra. Esse davano poco umore, e si presentavano sotto forma di tubercolo poco elevato, forato alla sua sommità, sotto il quale si trovava un canale lungo e duro, di cui seguii il corso col dito, e che coll' altra sua estremità terminava al luogo, ove le due cartilagini della laringe si riuniscono mediante i loro orli vicini. Le persone che avevano questa malattia non ne soffrivano punto. Esse si ricordavano appena come queste fistole avessero incominciato, e non mi hanno potuto dire se qualche volta passava dell'aria col pus; cosicchè io non potei determinare in una maniera positiva quale ne fosse la natura. Si può pensare che io non abbia dovuto cercare di rimediarvi. Sarebbero stati inutili i medicamenti interni, come i topici, di qualunque natura fossero stati. I tentativi di guarigione fatti con i caustici o coll' istromento tagliente sarebbero stati più funesti pei malati, del leggero incomodo dal quale erano affetti. Così non ho nulla consigliato fuor che pazienza e tempo; e non ne parlo che per eccitare l' attenzione su questo genere di fistola.

Della fistola del torace (e di qualche altra fistola aerea),

È stata fatta menzione delle fistole del torace all' articolo delle ferite di petto. Esse hanno una sol cosa di particolare, che non sono cioè mantenute nè da un corpo estraneo, nè da un'umore che esca da un' organo escretore. Non vi passa che aria. Forse vi si potrebbe rimediare cauterizzando leggermente i loro orli, e chiudendo esattamente il loro orifizio con un empiastro agglutinativo, quando l' escare prodotte dal caustico cominciano a cadere. Gli esempii delle fistole di cui si tratta sono sì rari, che io non saprei se siasi posto in uso questo mezzo, e se siasene ottenuto vantaggio.

(Le ferite del petto non sono le sole cause che possano produrre delle fistole aeree. Tutte le soluzioni di continuità, che attaccano un punto qualunque delle vie percorse dall'aria, sono nel medesimo caso. Ma, bisogna cònvenirne, questo accidente è sommamente raro in seguito di ferite dell' asperarteria e della laringe; e quantunque sia più spesso il risultamento di quelle del seno frontale, alcuni autori che ne hanno parlato, ne hanno esagerato la frequenza; e l' esperienza prova che in quasi tutt' i casi, in cui la parte anteriore di questo seno abbia sofferta una perdita di sostanza, i malati guariscono, o perchè l'apertura si ostruisce pel ravvicinamento dei suoi orli e per il concorso delle parti molli, o perchè ciò che

testa della parete lesa si appassisce, si ravvicina alla posteriore, e si confonde con lei saldandovisi. Eccettuato il caso in cui la malattia è prodotta o mantenuta da una causa interna, due circostanze, che si trovano molto raramente riunite, sono quasi necessarie perchè la ferita resti fistolosa. La prima è che esista un così grande allontanamento fra le due pareti del seno, in modo che non possano ravvicinarsi compiutamente; la seconda è che la perdita di sostanza sofferta dai tegumenti e dall' osso sia tanto considerabile, che gli orli non si possano mettere in contatto, portandosi dalla circonferenza verso il centro; ed anco queste circostanze non bastano sempre. Il Sig. Dupuytren ha fatto due volte l' estrazione di palle impegnatesi nel seno frontale, senza che delle fistole sieno state il risultamento dell' operazione o del guasto delle parti.

Le fistole dell' asperarteria e della laringe non esigono, del pari che quelle del torace, altra assistenza chirurgica che l' uso frequente del nitrato d' argento fuso, e l' applicazione d' un' empiastro agglutinativo che mantenga i loro orli in contatto, ed impedisca all' aria di passare per essi. Quelle del seno frotale possono esser suscettive di un mezzo più efficace, e che basta di aggiungere solo a quelli che già sono stati indicati, fino che la ferita è tuttavia tanto recente da cicatrizzarsi. Noi vogliamo parlare d' una compressione metodica che chiuda esattamente l' apertura. Nel caso in cui la fistola fosse stabilita, bisognerebbe prima di tutto ricondurla alle condizioni d' una ferita viva, e che possa riunirsi con facilità mediante un' operazione chirurgica, che consiste nel comprenderla in una incisione longitudinale, nel far cruenti i suoi orli, e nel mantenerli riuniti con qualche striscia agglutinativa, o ancora con qualche punto di sutura. Una pallottola di filaccica sostenuta da una o due compresse graduate, e qualche giro di fascia convenevolmente stretta, allora basta, come quando la ferita è naturalmente ben disposta, per ottenere l' intento propostosi, che è di fare concorrere le parti molli a riparare la perdita della sostanza sofferta dalla parete ossea del seno, e ad impedire che non si formi in seguito qualche tumore aereo come ciò accade quando l' apertura del seno frontale persista dopo che la ferita dei tegumenti si è cicatrizzata.

Noi riporteremo in questo luogo una sola osservazione che sceglieremo fra più altre possedute dal Sig. Dupuytren, affine di far conoscere questa malattia, la maniera di agire delle sue cause, i suoi segni, i suoi effetti, e la cura che convien opporle.

Osserv. d' un tumore aereo.

Un uomo di 48 anni fu precipitato da un calesse che guidava, e si fece una gran ferita a lembi alla testa, estesa dalla estremità esterna del ciglio, fino sopra e avanti la regione temporale. Siccome aveva perduta la cognizione al momento istesso della caduta, non potè dire al chirurgo, che fu chiamato immediatamente, se questa ferita fosse il semplice effetto dell' urto della sua testa sul terreno, o il risultamento dell' essere passata obbliquamente sulla sua testa una delle ruote.

Comunque siasi la ferita medicata secondo l' arte fu presto perfettamente guarita; ma il ferito non tardò molto ad accorgersi che sotto la cicatrice si formava una tumefazione che lo inquietò, e alla quale egli volle portar rimedio, sebbene non lo incomodasse che per la deformità che essa portava. Allora venne all' Hôtel Dieu. Il Sig. Dupuytren, dietro il racconto del malato, e dopo avere esaminato il tumore, che era elastico, renitente ed esteso per tutta la lunghezza della cicatrice, annunziò che era formato dall'aria spinta nel tessuto cellulare della fronte e della tempia, a traverso un' apertura fatta al seno frontale.

Volendo conoscere il luogo preciso che occupava quest'apertura, strinse fra le sue dita il naso del malato, a cui ordinò di chiudere la bocca, e di fare una forte espirazione, e il tumore acquistò tutto ad un tratto un volume ed una resistenza considerevole. Egli lo vuotò allora con pressioni fatte da dietro avanti, ed avendo applicato con forza un dito sulla parte interna dell' arco orbitale, ripetè la prima esperienza che aveva fatta: ma per quanti sforzi facesse il malato, il tumore non ricomparve più se non quando il dito cessò di comprimere l' arco orbitale. Sicuro allora di riconoscere il punto ove il seno frontale era aperto, vuotò il tumore, ed applicò su i tegumenti e dirimpetto all' apertura del seno una pallottola di filaccica che sostenne con compresse graduate e con qualche giro di fascia. Dopo due giorni il Sig. Dupuytren surrogò a questo apparecchio una fasciatura che aveva il vantaggio di essere di più facile applicazione, e di potere essere stretta a volontà. Era questa una correggia guarnita d' una fibbia ad una delle sue estremità, e forata dall' altra parte in molti luoghi, lunga tanto da poter fare il giro orizzontale della testa, avendo verso il suo mezzo un guancialetto disposto in modo da poter essere esattamente applicato all' apertura del seno e a chiuderlo. Dopo quindici giorni di uso di questa fasciatura, e malgrado l' avere da principio incomodato il malato, e che sia stato necessario levarla e riapplicarla a più riprese, l' aper-

fura affatto chiusa non permetteva più all'aria di escire dal seno, per quanto fosse compressa nelle fosse nasali).

Degli ascessi al fegato, dei tumori e delle fistole biliari.

Quantunque l'organizzazione del fegato sia diversa da quella degli altri visceri, e che la maggior parte del sangue che riceve gli sia somministrato dalle vene, pure è soggetto all'infiammazione, e a tutte le di lei conseguenze. Questa infiammazione tal volta è viva ed accompagnata da sintomi i più pressanti, come tensione dolorosa del ventre e soprattutto della regione del fegato, febbre, singhiozzo, vomito, e costipazione, ai quali si uniscono il cangiamento di colore alla pelle, che prende un color giallo più o meno cupo, l'amarezza della bocca e le orine biliose, mentre gli escrementi sono quasi scoloriti; tal volta è lenta, e le persone che ne sono affette non soffrono che un senso di peso al fegato, con qualche sconcerto nelle digestioni, una leggera itterizia, e un dolore che si estende fino alla spalla. Per lo più l'infiammazione di cui si tratta è prodotta da cause interne, e qualche volta dipende da cause esterne, come di ferite penetranti nel ventre, o da forti contusioni, il cui effetto si è portato fino sulle parti contenute in questa cavità. La suppurazione, che è uno dei suoi termini, o sopravviene prontamente, o si fa in una maniera lenta, il che dà luogo a due sorte di ascessi del fegato, i primi dei quali possono essere chiamati ascessi per flussione, e gli altri ascessi per congestione.

Il fegato è soggetto alle infiammazioni ed agli ascessi.

Questi ascessi possono formarsi in tutte le parti del fegato, alla sua faccia concava, alla parte superiore della sua faccia convessa, nel mezzo della sua grossezza, e qualche volta alla parte inferiore della sua faccia convessa, verso il luogo che corrisponde all'orlo delle costole spurie e alla regione del ventre che ne è vicina. I primi si aprono ordinariamente nelle intestina e soprattutto nel colon. I malati a' quali avviene ciò rendono il pus per secesso; e se l'apertura del deposito che lo contiene è molto grande e favorevolmente disposta respettivamente a questo centro, cioè alla sua parte la più declive, può vuotarsi compiutamente. Quelli che corrispondono alla parte più elevata della convessità del fegato si aprono dal lato del petto. Verduc dice di aver veduto dei malati, presso i quali il pus che proveniva dal fegato formava degli stravasi in questa cavità, dalla quale avrebbe potuto essere estratto coll'operazione dell'empiema fatta nel luogo di elezione.

Luoghi di questi ascessi. alla concavità del fegato.

Alla sua convessità.

Altre volte le adesioni che i polmoni contraggono col diaframma determinano il pus ad aprirsi una strada verso le costole, e a formare all' esterno degli ascessi, l' apertura dei quali porta il nome di empiema di necessità. Si sono vedute pure delle persone che avevano degli ascessi al fegato, renderne una parte per la via degli spurghi, per essersi stabilita una comunicazione fra la sostanza di questo viscere e quella dei polmoni a traverso il diaframma. Verduc che ho citato dice di averne veduti degli esempii. Stalpart Vander-Wiel aveva osservata la stessa cosa prima di lui sopra un malato, che si lamentava da lungo tempo di un dolore al lato destro sotto le costole spurie. Siccome spurgava molto, e che nulla indicava che avesse il suo petto malato, questo medico sospettò che fosse malato il fegato. Se ne assicurò dopo la morte dell' individuo, nel quale trovò un' ascesso considerabile alla convessità del fegato presso il diaframma, al quale questo viscere e i polmoni erano molto adesi. Una fistola che comunicava a traverso questo setto muscolare conduceva il pus ne' polmoni, dai quali era gettato fuori per mezzo degli spurghi.

In mezzo della sua grossezza.

Gli ascessi che si formano in mezzo alla sostanza del fegato non offrono speranza di guarigione. Il pus che contengono, in parte riassorbito dai vasi d' ogni genere, si mescola con gli umori, e produce una febbre lenta, una specie di tisi o di consunzione che fa morire i malati. Questo avvenimento è assai comune, soprattutto dopo le ferite alla testa, e non vi è quasi alcuno che non abbia avuto luogo di osservarlo. Quel che vi è di singolare si è, che queste sorte di ascessi possono giungere a un volume eccessivo senza produrre troppo distinta alterazione nel colore e nella consistenza del fegato. Diemerbroeck sezionando un cadavere nel 1660, fu sorpreso della straodinaria grossezza del fegato che da una parte scendeva fino all' anguinaia, e dall' altra si estendeva fino alla regione ipocondriaca sinistra, cosicchè occupava la maggior capacità del basso ventre. Questo viscere aveva conservato il suo colore e la sua consistenza naturale. Si trovò nel suo interno una gran cavità, dalla quale uscirono undici litri di pus ben concotto e senza cattivo odore.

Alla sua faccia esterna.

Fra tutti gli ascessi al fegato, quelli che permettono, e chiedono i soccorsi della medicina operatoria non sono che quelli, il pus dei quali si apre una strada fra il diaframma e il polmone, per portarsi fuori fra le costole; e quelli che si sono formati alla parte inferiore della faccia esterna di questo viscere. Questi ascessi, preceduti da segni d'infiammazione, che sono stati esposti precedentemente, si manifestano per mezzo d' un

tumore oscuro, schiacciato, mediocremente doloroso; accompagnato da un' ingorgo molto esteso, il quale s' innalza appoco appoco, e presenta alla sua parte media una profonda fluttuazione, mentre i suoi orli conservano una durezza, la quale diminuisce insensibilmente senza disparire affatto. Quando a queste apparenze esteriori si congiunge una gran diminuzione di accidenti inflammatorii là dove il male ha cominciato, e che il malato soffre dei brividi irregolari con una specie di siccità alla pelle, non si può non riconoscere un' ascesso al fegato, di cui conviene favorire la maturazione con cataplasmi ammollienti e attraenti, che si fanno applicare sulla parte, fino a che la fluttuazione, divenuta più evidente, permetta di farne l' apertura.

Non si deve mai procedere a questa operazione senza essersi bene assicurati della natura del tumore. Infatti se ne formano spesso degli altri nel medesimo luogo, e nelle stesse circostanze, i quali rassomigliano molto agli ascessi dei quali io parlo, e che sarebbe cosa sommamente pericolosa l' aprire, ammeno che per un caso più grande che non si crede, non si fosse stabilita una o più adesioni fra la vessichetta del fiele, che loro dà origine, e il perironeo. La risoluzione è una delle terminazioni dell'a infiammazione. Se essa ha luogo in una maniera subitanea al fegato, o che essa non si estenda fino ai luoghi ai quali corrisponde il canale coledoco, la bile filtrata in grandissima quantità tutt' a un tratto, e che non può cadere nel duodeno, refluisce verso la vessichetta del fiele. Questa si empie e si gonfia. Il suo fondo solleva il peritoneo, i muscoli e i tegumenti; e forma un tumore che si manifesta parimente in conseguenza d' una infiammazione che è stata preceduta dalla diminuzione dei sintomi, tumore il quale si palesa sotto l'orlo delle costole spurie, e in cui si sente una manifesta fluttuazione accompagnata da brividi irregolari, come negli ascessi. Bisogna assicurarsi della natura del tumore.

È dunque possibile ingannarsi; e pratici distinti confessano di aver commesso degli errori di questa specie. Van-Swieten aprì nel 1732 il corpo di una vecchia la quale da gran tempo era stata malata d' iterizia, e che era morta per marasmo, dopo essere stata qualche tempo senza prendere alimenti. Essa aveva nella regione iliaca destra un tumore molle, che si estendeva dall'orlo inferiore delle costole spurie fino alla cresta dell' ileo; e siccome questa donna aveva sofferto prima di morire un dolore ostinato nella regione iliaca e nell' ipocondrio destro, Van-Swieten pensò che si fosse fatta una grossa vomica nel fegato. Ma trovò al contrario che il tumore era formato dalla cistifellea ripiena di una gran quantità di bile; e

che scendeva fino agli ossi degl' ilei. Questo tumore racchiudeva più d' un mezzo litro di liquore senza odore, limpido, leggermente salato, tendente al verde, nel quale nuotavano molte concrezioni calcolose di diversa figura e grossezza, la cui sostanza era bianca e dura, esteriormente gialla e molle nell'interno. G. L. Petit sapeva che due persone, alle quali era stata aperta la vescichetta del fiele credendo aprire degli ascessi, erano morte di queste operazioni, e non avevano somministrato che bile. Pure avendo avuta occasione di vedere un tumore formato in questa vescichetta, lo prese per un' ascesso. Erano già incisi i tegumenti, e non fu se non allora che conobbe la natura di questo tumore, sentendo che cedeva sotto le dita. Non terminò l' apertura; e il malato guarì quattro o cinque giorni dopo per mezzo d' una grande evacuazione di bile che cominciò sul momento.

Diagnostica.

Questo fatto non rimase sterile fra le mani di un' uomo così illuminato quanto Petit. Esso ha eccitato tutta la sua attenzione, e lo ha impegnato a cercare con quali mezzi si potesse discernere se un tumore sopravvenuto sotto l' ipocondrio destro, in seguito di una inflammazione al fegato, sia formato da un ascesso a questo viscere, o dalla tumefazione della cistifellea. I segni che egli indica, sono i seguenti. I sintomi dell' infiammazione diminuiscono egualmente d'intensità, o che essa si termini per un' ascesso, o che si risolva; ma nel primo caso i sintomi han durato per più lungo tempo; hanno aumentato fino al momento in cui si sono veduti decrescere; i dolori sono stati pulsativi: finalmente il malato risente dell' abbattimento e del malessere, dell' inquietudine. Ha pure dei brividi irregolari in ambedue i casi. Quelli che accompagnano la suppurazione sono più lunghi, e finiscono con sudori che non han luogo negli ammassi di bile; cosicchè i brividi che accompagnano questi ammassi devono riguardarsi come l' effetto dell' irritazione che la bile esercita sulle parti nervose.

Si può confondere con quello formato dalla distensione della vescichetta.

Il tumore che s' inalza sulla regione del fegato non è lo stesso quando vi è ascesso, e quando questo tumore è fatto dalla distensione della cistifellea. Quello che forma l' ascesso, in vece di essere circoscritto, si estende anco a distanza. Il luogo ove si trova può occupare tutte le parti della regione epigastrica, in vece che quello che è fatto dalla vescichetta del fiele è costantemente sotto le costole spurie. L' ascesso offre per lungo tempo una durezza profonda, alla quale succede un' ingorgo, che non si dissipa se non quando il pus è stato evacuato. Non presenta fluttuazione che alla sua parte media. Gli orli ne sono sempre duri e sollevati. All' opposto ne' tumori

atti dalla vescichetta non vi è nè durezza, nè ingorgo, e la luttuazione si fa sentire egualmente per tutto. Per questi segni i distingueranno le mentovate due malattie l'una dall'altra, non si sarà più esposti ad aprire la vescichetta del fiele tunefatta, credendo di aprire un' ascesso.

L' apertura di queste sorte di ascessi deve essere fatta con un bisturino. Si comincia da una incisione longitudinale, alla quale si procura di non dare grandissima estensione, per paura di non oltrepassare le adesioni contratte dal tumore con gl' invoucri del ventre. Siccome gli orli di questa incisione possono ravvicinarsi, e non offrire una via sufficiente per l' evacuazione del pus, se ne fa una seconda, la quale cadendo sul mezzo della prima, dà all' apertura la forma di un T. È stato proposto, non so perchè, di fare questa seconda incisione in avanti, in maniera che si porti sul muscolo retto. Operando così non solo si va ad esporsi al pericolo di ferire l' arteria epigastrica, ma ancora si dà meno facilità al pus di sgorgare, perchè l' apertura non si estende verso la parte più declive dell' ascesso. Non bisogna dunque farla che quando la malattia si estenda più dal lato del muscolo retto, che dal lato opposto. Altra volta si faceva uso di potassa concreta per aprire gli ascessi al fegato, senza dubbio colla mira di produrre una perdita di sostanza che impedisse all' apertura di richiudersi troppo presto. Ma pare impossibile di aprire interamente l' ascesso di cui si tratta con questa sostanza, che ordinariamente non agisce che su i tegumenti, ammeno che non se ne applichi molta: cosicchè bisogna pure ricorrere al bisturino per incidere le parti interne. Qualora se ne impiegasse una gran quantità, vi sarebbe da temere che la sua azione non si estendesse al di là dei limiti dell' ascesso, e che non desse luogo all' effusione del pus nel ventre. Médalon riporta un caso di questa specie. Il malato morì durante l' effetto del caustico: si trovò che il pus si era aperto una strada in quella cavità. Médalon attribuisce questo funesto avvenimento all' agitazione e ai moti disordinati che il dolore può aver fatto fare al malato. È possibile che la causa di cui ho parlato vi abbia dato occasione, o che l' ascesso fosse per iscoppiare all' interno, al momento in cui si cercava di procurarli un' esito esternamente.

Maniera di aprire gli ascessi al fegato.

Anco gli antichi cauterizzavano gli ascessi del fegato. In mancanza di caustici d' una sufficiente attività, gli uni, come Ippocrate, si servivano di un fuso tuffato nell' olio bollente, altri si servivano di un ferro infuocato. Areteo, che consiglia questo metodo, dice che merita la preferenza sull' istromento tagliente, perchè mette al sicuro dalla emorragia che sarebbe

Metodo degli antichi.

impossibile di arrestare. *Nam sanguinis e jecore profusio coerceri nullo modo potest.* Sicuramente questa emorragia è pericolosa quando viene ad essere ferito il fegato profondamente, e ch' è in uno stato sano. Ma nel caso in cui vi è un ascesso, gl' istromenti taglienti di cui si fa uso non agiscono sulla propria sostanza di questo viscere: essi penetrano in un vuoto ove non vi sono vasi, e per conseguenza non possono dar luogo ad una grande effusione di sangue.

Natura del pus degli ascessi del fegato. Il pus che somministrano gli ascessi al fegato ha per lo più una consistenza ed un colore che lo fanno in qualche modo rassomigliare alla feccia del vino. Egli deve questa qualità alle particelle della propria sostanza del parenchima del fegato che porta con sè. È facile assicurarsene lasciandolo deporre in un bicchiere, perchè il vero pus, più leggero del rimanente, soprannuota ben presto col suo colore e la sua consistenza ordinaria, mentre che le particelle staccate dal fegato, più pesanti, cadono in fondo del bicchiere. La quantità di questa sostanza è qualche volta tanto considerabile da far temere che vi sia un gran vuoto. Pure il centro dell' ascesso si riempie in poco tempo o per lo sviluppo dei vasi del fegato, o pel ravvicinamento delle sue parti, e si giunge a guarirne i malati.

Medicatura dopo l'apertura di questi ascessi. Una striscia sfilata coperta con digestivo semplice, preparato col torlo d' uovo e la trementina, è il primo pezzo dell' apparato di cui si debba far uso. Il resto della ferita è coperto con pimacciuoli asciutti, con qualche striscia d' empiastro, con compresse, e con una fasciatura da corpo ordinaria. Se in seguito la qualità di questo umore determinassero di fare delle iniezioni, esse devono essere spinte con delicatezza, per timore di ferire il tessuto delicato e friabile del fegato. Morand ha altra volta osservato che quelle che si facevano col balsamo del Perù sciolto nel rosso d' uovo, e diluto in un decotto vulnerario, ricevute in un vaso d' argento, lo colorivano co' colori dell' iride come lo farebbero le uova cotte in un vaso di questo metallo. Questo fenomeno spaventò, non essendosi compresa da principio la vera cagione di ciò, il che fece temere una gran putridità negli umori del malato. Ma fu poi riconosciuto che era il prodotto di uno sviluppo di gas epatico che davano le uova di cui si faceva uso, perchè cessò di manifestarsi, subito che se ne abbandonò l' uso.

Ernie consecutive. Sopravvengono qualche volta delle ernie ventrali in seguito dell' apertura degli ascessi al fegato. Si potrebbe farsene maraviglia atteso che non è possibile eseguirla che quando si conosce che si sono fatte delle adesioni, le quali impediscono che il pus che esce dal deposito dell' accesso non cada nel ventre,

Essa deve dunque essere chiusa dalla porzione del fegato che è stata malata. Ciò accaderebbe in effetto se questo viscere tornato nel suo primo stato non diminuisse di volume, e che non risalisse al luogo che è solito di occupare. Ma questi due effetti avendo luogo necessariamente, non resta attaccato al peritoneo che in una piccola estensione, e porta con sè la porzione di questa membrana alla quale è attaccato in maniera che la ferita fatta ai muscoli, che non è più protetta dalla sua presenza, permette ai visceri di sporgere in fuori, e di provare la specie di traslocamento che costituisce l'ernie ventrali consecutive.

Il tumore biliare è prodotto dalla distensione della vescichetta del fiele. Esso si mostra in alto nel ventre sotto l'ipocondrio destro fra il terzo medio di questa regione. La sua forma è quella di un segmento di sfera. Il color della pelle non è alterato. Vi si sente una fluttuazione profonda, che si distingue meglio alla parte più elevata che alle altre parti della sua estensione. Questa estensione varia molto, ed allora cangia la forma del tumore. Io ne ho veduto uno che si prolungava dall'alto al basso, dall'orlo inferiore dell'ipocondrio fino sotto l'ombellico. Egli rassomigliava a quei piccoli pani di tre o quattro once che si fanno per colazione. La fluttuazione vi si faceva sentire per tutto. Quella persona che lo portava non era molto incomodata, ma era di una magrezza estrema, e la sua pelle era con leggera tinta di giallo e di verde. Soffriva da lungo tempo nella regione del fegato un dolore che si stendeva fino alla spalla della stessa parte, sconcerti notabili nelle digestioni, e costipazioni ostinate. Non mi fu difficile il giudicare che il tumore fosse fatto dalla vescichetta del fiele, dove la bile si era accumulata, come accade sovente in conseguenza delle infiammazioni al fegato. Credei di dover limitare i miei consigli prescrivendogli un regime quasi totalmente vegetabile, esercizio moderato, bevanda aperiente con radici di sparagi e di pungitopi, l'uso giornaliero del sugo di cerfoglio, al quale si aggiungevano quattro grammi di acetato di potassa, e quello delle pillole di sapone medicinale e di gommammoniaco. Questi mezzi di guarigione che io ho adoperati con successo negli altri casi della medesima specie, ma molto meno gravi, mi riuscirono bene egualmente. Le digestioni divennero meno penose, l'evacuazioni del ventre più abbondevoli e di natura biliosa, si ristabilirono le forze, la pelle riprese appoco appoco il suo color naturale, e il tumore disparve onninamente.

Tumore biliare.

Nel caso che ho riportato il tumore biliare si era fatto len-

tamente. Esso era stato preceduto da una infiammazione cronica al fegato; ma per lo più è la conseguenza d' una infiammazione acuta a questo viscere. Qualùnque ne sia la cagione, G.L. Petit pensava che questa specie di tumore esigesse i soccorsi della chirurgia egualmente che gli ascessi del fegato. Egli lo paragonava a quello che forma la vescica orinaria quando è difesa dalla presenza delle orine; e trova un' analogia tanto più grande fra queste due malattie, che si è qualche volta ossèrvato la bile uscire assai abbondantemente dalle strade naturali, sebbene la vescichetta del fiele conservasse la sua stessa pienezza e le sue stesse dimensioni; il che suppone una specie di rigurgito, o piuttosto una infiltrazione abbondante nel fegato, senza che la cistifellea si vuotasse. Questa analogia s'estende anco più lungi. Si vedono spesso formarsi delle concrezioni calcolose nella cistifellea, e s' alzano alla regione del ventre che le corrisponde degli accessi che comunicano con lei, e che sono prodotti da una specie di rottura che si fa alle di lei pareti, in conseguenza d' escare gangrenose prodotte dalla sua distensione. Questi ascessi sono ordinariamenie seguiti da fistole, che lasciano uscire della bile, e nel tragitto delle quali si trovano qualche volta delle pietre biliari, o queste pietre vengano dalla vescichetta, o quel che è più verisimile si formino e si sviluppino nel tragitto fistoloso per la condensazione delle parti le più dense della bile. Ecco dunque più malattie delle quali è necessario esaminare la natura, per sapere se le operazioni di chirurgia vi sieno applicabili, e quali sieno queste operazioni.

Puntura proposta da Petit nel caso di tumore della cistifellea.

Petit era di parere che si potessero vuotare i tumori della cistifellea facendovi la puntura col trequarti, come si vuota la vescica orinaria quanto è sommamente piena, e che non si può richiamare il corso naturale delle orine. Ma si è accorto che ciò non poteva farsi se non quando si sono stabilite delle adesioni fra questo sacco membranoso e la porzione del peritoneo che la ricopre. Queste adesioni sono gli effetti ordinari dell' infiammàzione. La vescichetta del fiele non può essere distesa senza che le sue pareti ne siano attaccate. Questa infiammazione si communica alle parti che essa tocca, e per conseguenza al peritoneo. Ben presto si formano fra loro delle adesioni salutari che fanno sì che si possa giungere alla vescichetta, senza timore di penetrare nel ventre e dar luogo all' effusione della bile in questa cavità. Ma come giudicarne e riconoscere queste adesioni? Petit ne ha dato i mezzi. Essi si riducono a due, che sono l' immobilità del tumore, il quale non può obbedire alle pressioni alle quali si sottopone per far-

gli cangiare di posto, se non dopo aver collocato il malato nella situazione la più favorevole al rilassamento de' muscoli; e l' ingorgo locale che si determina in vicinanza del tumore sul quale si deve operare. Ma la vescichetta del fiele, che è fissata al fegato per una gran parte della sua estensione, non è punto una parte mobile che si possa far cangiare di posto spingendola da una parte all'altra. Questo cangiamento di situazione mi sembra soprattutto impossibile nel caso di cui si tratta, in cui il suo volume considerabilmente aumentato le fa esercitare sulle parti vicine una pressione che esse esercitano reciprocamente su di lei.

2. La tumefazione, l' edema e il rossore possono bene annunziare che esiste un ingorgo profondo agl' involucri del ventre che coprono la vescichetta del fiele, il che suppone l' adesione di questa vescichetta al peritoneo. Ma questo segno fa egli conoscere il luogo preciso dell' adesione, e basta egli per determinarci ad operare? Pare al contrario che debba determinare ad aspettare che la natura, la quale cerca di fare un esito salutare all' umore la di cui presenza le dà noja, si sia dichiarata in un modo più manifesto, e che formi un' ascesso.

Petit non si limita a proporre di fare la puntura alla vescichetta del fiele. L' analogia spinta al di là dei limiti che doveva prescrivergli la sua ragione, gli fa avanzare che se dopo aver vuotata la vescichetta si sentisse col mezzo di una tenta portata nella cannella del trequarti, che fosse contenuta in questo sacco qualche pietra, si potrebbe ingrandire la ferita col bisturino, portar profondamente il dito nella vescichetta per assicurarsi della posizione del corpo estraneo, introdurvi delle tanagliette, e fare l' estrazione di questo corpo come si fa quella delle pietre urinarie. Ed in cotal guisa andò errando questo grand' uomo. I fatti di cui è stato testimonio, e quelli che gli sono stati comunicati confermarono la sua illusione. I primi sono al numero di due. L'apertura di due persone morte dopo aver sofferte delle forti infiammazioni di fegato, la prima delle quali aveva restituito in uno di questi ascessi un ammasso di pus e di bile considerabile per secesso, e la seconda aveva avuto all' ipocondrio un tumore che si era convertito in ascesso, e che era terminato in una fistola; gli ha fatto vedere che la vescichetta aveva contratte delle adesioni col peritoneo. Ma il primo di questi due casi non è chiaro. Vi si dice che la cistifellea era attaccata al peritoneo e al colon nell' estensione di ottantun millimetri; pure questo sacco era

Altra operazione da farsi sulla vescichetta del fiele.

Esame dei fatti su i quali si è fondato Petit.

sì piccolo che una pietra della grossezza di una noce moscata lo riempiva interamente. Esso aveva sicuramente contratte delle adesioni col colon, poichè Petit lo dice, e che un' ascesso bilioso si era vuotato per cesso, dopo aver forato questo intestino. Ma come poteva avere la cistifellea adesioni estese col peritoneo, essendo ridotta a così piccol volume? Inoltre quest' adesione è quella che bisognava provare? E poi cosa concluderne? Si può egli dire che in questo caso fosse stato duopo praticare una puntura con successo alla cistifellea? Ma dopo il primo ascesso che ebbe il malato, la tensione e la tumefazione furono così subitanee in tutta l' estensione del ventre, che non si vide fluttuazione. Sicuramente non vi è stato neppur luogo a pensare alla puntura. E poi di quale utilità può essere questa operazione per un ascesso? Sarebbe stato bisogno incidere, anco a rischio di andare al di là del luogo, dove si presumeva che si estendessero le adesioni della vescichetta.

Osserv. di Leaulté. Le osservazioni comunicate all' accademia di chirurgia, di cui fa uso Petit, non sono meglio concludenti. Quella di Leaulté presenta un esempio di adesione della vescichetta del fiele osservata dopo la morte. Questo caso è forse il solo nel quale si sarebbe potuto fare la puntura con successo. La natura del tumore che scendeva dall' ipocondrio destro fino al di là della regione epicastrica, e che era di una durezza mediocre, non indicava la puntura. Comparve a dir vero, in seguito un altro tumore duro e rotondo sotto il primo. Ma questo non venne in conseguenza d' una infiammazione. Esso era senza apparenze di fluttuazione. Era poco tempo che erasi manifestato. In una parola non aveva alcuno dei caratteri attribuiti ai tumori fatti dalla vescichetta del fiele; e quindi nulla portava a fare la puntura. Cosa vuol dire Leaulté quando asserisce che questa vescichetta era strettamente attaccata al peritoneo dal lato degl' integumenti? Essa lo era parimente al fegato per la sua parte superiore. Le sue adesioni ai tegumenti non erano dunque per niente della stessa natura di quelle che essa aveva contratte con questo viscere? Essa aderiva ai tegumenti: ma come ed in quale estensione?

Osserv. di Dargeat. La malata di Dargeat è morta di esaurimento dopo un gran numero d' incomodi relativi all' infiammazione e agl' imbarazzi del fegato, e dopo un tumore al ventre che divenne un' ascesso, dopo essere stato per lungo tempo scirroso, e che lasciò sgorgare della bile. Dopo la sua morte fu trovato che la vescichetta era attaccata ai tegumenti per mezzo d' un ligamento lungo quaranta millimetri, nella grossezza del quale esisteva

un canale fistoloso che dal fondo della vescichetta andava ad un sacco situato fra i due muscoli obbliqui, e si vuotava in questo sacco. La conclusione più naturale che si possa trarre da questo fatto, è che la natura ha delle strade singolari per trarre sollievo. La puntura in un caso simile sarebbe stata sommamente nociva, e l'incisione ancor più. Bisogna aggiungere a ciò che le circostanze dalle quali era accompagnato il tumore del ventre non eran di natura da impegnare a farvi la puntura. Questo tumore, che era scirroso, e che si stendeva dall'orlo delle costole spurie fino alla spina anteriore e superiore dell'osso degl'ilei, non si presentava sotto l'aspetto, come sì dice che si riconoscono quelli che dipendono dalla distensione della vescichetta del fiele. Vi è differenza da un tumore scirroso ad un tumore che offeriva manifesta fluttuazione in tutte le parti della sua estensione.

Nel caso riportato da la Peyronie, vi è stato un tumore all'ipocondrio in seguito d'una infiammazione al fegato. Questo tumore ha suppurato, e si è aperto spontaneamente. Ne è uscita una materia purulenta di diversi colori; e cinque o sei pietre spugnose della grossezza d'un pisello. La fistola che ne è successa, è stata aperta da la Peyronie colla mira di facilitarne lo scolo. Essa si è trovata terminare in un foro che comunicava nel ventre a traverso il muscolo retto. La Peyronie non è stato testimone del principio della malattia, e non ha veduto il tumore. Riferisce quel che gli è stato detto, che corrispondeva esso, cioè, al luogo che occupa la vescichetta del fiele. Non parla della sua consistenza; di maniera che non si sa se fosse duro o molle, con edema o senza, se la fluttuazione si facesse sentire in tutti i punti della sua estensione o no; finalmente se fosse della natura dei tumori della cistifellea, che Petit voleva che si aprissero. Le riflessioni che la Peyronie ha aggiunte a questa osservazione sono giudiziose. Egli pensa che nel caso in cui lo scolo fosse stato difficile a cagione della grossezza dell'umore, o della presenza di una pietra, si sarebbe potuto allargare la fistola con un corpo dilatante, e fare delle iniezioni. Osserv. di la Peyronie.

I fatti che sono stati riportati da Sarrau e da Habert non sono esposti con esattezza. Tutti due sembrano molto esagerati. Nel primo caso l'apertura, che era sotto l'ombellico, conduceva più presso alle vertebre che alla parte media di questa regione; e partiva dalla stessa apertura un'altro condotto fistoloso, che passando sotto la linea alba, andava verso il mezzo dell'ipocondrio sinistro. Era pur questa una enorme distanza. Pure fu fatta l'insisione da due parti. Si estrasse dalla prima Osserv. di Sarrau.

una pietra che aveva cento otto millimetri di lunghezza, sopra ottantuno di circonferenza. Forse non se ne è mai veduta una più grossa. Una seconda pietra, di cui la tenta aveva fatto riconoscere la presenza, si è trovata nel seno che andava a sinistra. Le dimensioni non sono espresse. Tutte due certamente erano fuori della vescichetta e nella grossezza del tessuto cellulare che si trova fra i muscoli, o di quello che li separa dai tegumenti.

Osserv. di Habert. Nella seconda osservazione una pietra è stata cacciata spontaneamente per il cesso in seguito di una itterizia, di dolori all' ipocondrio, e di vomiti. Questa pietra, che è caratterizzata per pietra biliare, aveva sessantotto millimetri di lunghezza, quaranta di diametro e ottantuno di circonferenza. Una pietra tanto grossa ha ella potuto traversare i condotti biliari? Si potrebbe osservare che il rapporto fra il diametro e la circonferenza non è esatto, il che mostra che non ne sono state determinate le dimensioni che a vista. Se la pietra aveva queste dimensioni è probabile che fosse stercoracea e non biliare. Altronde cosa fa questa pietra al proposito della questione che si tratta di decidere?

Osserv. di Petit sulla donna Thibergeau. Pare che Petit siasi determinato a profferire che la cistifellea sia suscettiva delle medesime operazioni come la vescica orinaria, per quel che è avvenuto alla donna Thibergeau. Costei aveva all' ipocondrio un tumore che si giudicò esser formato dalla distensione della vescichetta del fiele, mentre altri chirurghi lo riguardavano come un' ascesso. Questo tumore fu aperto in presenza di Petit. Non si dice qual liquido ne uscisse, se fosse bile pura o bile mescolata con pus: egli non aveva veduto nulla. La ferita rimase fistolosa. Petit consultato una seconda volta ha riconosciuto, dall' assaggiare l' umore che usciva dalla fistola, che esso era bile. Non ha riveduto la malata. Sa solamente che è stata dilatata questa fistola, e che ne è uscita una pietra della natura di quelle che si trovano nella vescichetta del fiele. Petit dice che in fondo di questo sacco è stata trovata una pietra della grossezza di un uovo di colombo. Come lo sa? per averlo sentito dire. Non ha scandagliato la fistola per giudicare della presenza del corpo estraneo. Ha egli veduto, ha egli esaminato questo corpo importante a conoscersi? Il silenzio che egli tiene su questo articolo è profondo. Pure non vi era cosa tanto essenziale, quanto esporre tutte le circostanze di un fatto così straordinario.

Conclusione e determi- Non si può egli concludere dal complesso che ho esposto di questa osservazione capitale, che la donna Thibergeau abbia avuto uno di quegli ascessi formati in conseguenza delle ade-

sioni del fiele con gl' involucri esterni del ventre, e della crepatura della cistifellea di cui di sopra ho stabilita la possibilità, e di che si trovano esempii nella memoria medesima di Petit, e in quelle di suo figlio e di Morand, stampata fra quelle dell' accademia di chirurgia? Questo caso è il solo, nel quale si possa in qualche modo operare sulla vescichetta del fiele. Io dico in qualche modo; perchè i soli processi operativi che la ragione permette si limitano ad aprire gli ascessi in questione, e ad estrarre le pietre biliari che possono presentarsi. Sarebbe diffatti somma imprudenza lo spingere le incisioni fino alla stessa vescichetta per togliere le pietre che vi fossero contenute, il che non si potrebbe fare senza correre rischio di distruggere le sue adesioni, e senza esporre i malati a perdere la vita. Parimente se in seguito di uno di questi ascessi rimanesse una fistola, e che nel suo tragitto si sentisse una pietra, la cui presenza fosse dolorosa, o sospendesse l' escrezioni ordinarie, questa fistola potrebbe essere incisa, come si è detto quando si è trattato delle fistole di questa specie purchè il suo traggitto non facesse che passare fra le pareti del ventre senza penetrarvi; o potrebbe essere dilatata coll' introduzione d' un corpo estraneo capace di gonfiarsi, come sarebbe un pezzo di spugna preparata coll' acqua, o un pezzetto di genziana, o in altre circostanze mediante un trocisco di minio o un trocisco escarotico.

nazione dei soli casi in cui si possa operare sulla cistifellea.

Degli ascessi stercoracei e delle fistole stercoracee.

Gli ascessi che sopravvengono in vicinanza dell' ano possono dipendere dalle stesse cause, come quelli che si fanno in altre parti del corpo: ma sono spesso l' effetto di cause particolari, e relative alla posizione, alla struttura ed agli usi dell' intestino retto. Diffatti si sa che la parte inferiore di questo intestino è circondata da molto tessuto cellulare ed adiposo; che la maggior parte delle vene che vi si distribuiscono risalgono di basso in alto, per giungere all' emorroidale interna; che queste vene sono compresse dagli escrementi ammassati nella sua cavità; e che il sangue, che esse contengono, è rispinto dall' alto in basso ogni volta che si fanno degli sforzi per andare al cesso, il che deve produrre frequenti ingorghi. Ma niuna cosa dà più occasione agli ascessi dell' ano, quanto le infiammazioni latenti che nascono intorno agli emorroidi tumefatti, ed alle crepature che si fanno intorno al retto. Queste crepature sono prodotte da corpi estranei d' ogni specie, i quali, dopo essere stati inghiottiti e confusi con gli alimenti, si trovano per questo mezzo mescolati con gli escrementi, e sono spinti dalla contra-

zione dello sfintere dell' ano nel tempo della espulsione di queste materie; oppure sono la conseguenza della rottura di alcuno de' follicoli mucosi posti interiormente in vicinanza dell' ano. Siccome l' orifizio di questi follicoli è più elevato del loro fondo, l' umore che contengono soffre delle frequenti repulsioni, e le loro membrane possono rompersi, dopo essere state fortemente distese. L' infiltrazione delle umidità stercoracee, che ne è la conseguenza, richiama ben presto l' ingorgo, l' infiammazione, e le suppurazioni tanto più abbondevoli, e di un carattere tanto più cattivo, in quanto che la crepatura dell'intestino è più grande, e ne escono maggiori quantità di materie.

La differenza dei sintomi che presentano gli ascessi stercoracei, e quella che si osserva nella quantità del pus che essi contengono, li ha fatti dividere in grandi ascessi o ascessi gangrenosi, in ascessi medii o ascessi flemmonosi, ed in ascessi piccoli o ascessi o tubercoli suppurati.

I primi sono per lo più l' effetto d' una crepatura al retto, o dell' infiltramento delle umidità stercoracee nel tessuto cellulare che lo avvicina. Ora si formano in una maniera lenta, e cominciano da un' ingorgo pastoso e senza dolore, che dura per più o per meno tempo; ora al contrario fanno il loro corso con molta rapidità, e sono accompagnati da dolori vivi, da febbre, da vigilie, da difficoltà d' orinare, da calore urente alla pelle, da siccità alla bocca e alla gola. Si vedono dei casi, ne' quali questi sintomi compariscono prima che si manifesti verun' ingorgo esteriore; ma si sente profondamente un punto di durezza che aumenta in pochi giorni, e che portandosi all' esterno, occupa ben presto la maggior parte della natica. Queste sorte di ascessi non alterano quasi punto il colore della pelle, e non offrono nè mollezza, nè fluttuazione sensibile, se non quando il male è molto avanzato. Allora i tegumenti divengono pastosi verso la parte media del tumore, e prendono un aspetto livido che annunzia che la putrefazione non tarderebbe a impossessarsene, se non si desse esito al pus che contiene.

Assicurarsi coll'introduzione del dito se il male non è prodotto dalla

Il solo mezzo per opporsi in qualche caso al progresso di questa malattia sarebbe d' introdurre per tempo l' indice bene unto di grasso nell' ano, a fine di smuovere il corpo estraneo che ferisce l' intestino, e di fare l' estrazione di questo corpo con un' altro dito, che vi s' introdurrebbe nello stesso tempo, o con le pinzette. Si vuoterebbe quindi il retto con lavativi appropriati, per dargli la libertà di contrarsi su sè medesimo, e di richiudere l' apertura che il corpo estraneo vi avesse fatto.

Ma siccome la malattia può dipendere da qualunque altra causa fuor che dalla presenza d' un corpo estraneo, e che altronde è cosa rara che il chirurgo sia chiamato assai per tempo, se i sintomi sono già minaccianti o diventino tali, bisogna contentarsi di limitarne la violenza per mezzo della dieta assoluta, de' salassi, delle bevande refrigeranti e temperanti, e dei topici anodini e rilassanti spesso ripetuti. Quando il tumore comincia ad ammollirsi ed a presentare della flutuazione alla sua parte media; vi si fa una convenevole apertura, a fine di prevenire la troppo grande fusione del grasso, e d' impedire che il retto non si denudi in massima estensione. presenza d'un corpo estraneo.

Il primo pensiero del chirurgo deve essere di porre al malato una fasciatura a *T*, sostenuta da uno scapolare. Una salvietta piegata in tre sulla sua lunghezza, nel mezzo della quale si è fissata con spilli, o con qualche punto si è cucito una fascia larga divisa in due capi alla sua parte inferiore, può tener luogo di questa fasciatura, ed anzi le è preferibile; perchè basta di rinnovare la fascia ad ogni medicatura, e non si è nell' obbligo di far eseguire grandi movimenti al malato, come per mutare la fasciatura a T. Presa questa precauzione si pone sulla sponda del letto un lenzuolo piegato a più doppii, e il malato si fa giacere sulla natica alla quale corrisponde l' ascesso, colle cosce e con le gambe in flessione, e quella del lato sano molto più dell' altra, perchè il tumore sia interamente scoperto. Un aiutante intelligente sale in ginocchiante sul lato opposto del letto, trattiene il malato in questa situazione: alza la coscia sana con una mano: altri aiutanti lo tengono fermo, e lo pongono fuori stato di fare dei moti inconsiderati. Allora il chirurgo porta un bisturino retto o semicurvo sulla parte la più rilevata del tumore, e vi fa una incisione parallela alla linea che separa le natiche. Applicace in principio una fasciatura in T, con uno scapolare.

Gli antichi, relativamente a questa incisione, non ci hanno prescritte altre regole che quelle di farla sollecitamente, e prima della perfetta maturità dell' ascesso. I moderni hanno pensato che per impedire che il pus soggiorni nelle parti più nascoste del vuoto che si è formato, bisognava darle una grande estensione, e farla di un T; al che si è aggiunto che le medicature diverrebbero più facili, e che s' introdurrebbero più agevolmente le sostanze medicamentose necessarie nel fondo dell' ascesso, se si tagliassero gli angoli della pelle. Ma siccome operando così si è osservato che restavano qualche volta dei fori sinuosi e profondi, che non si riempivano, nè si saldavano, si è creduto che la denudazione del retto ne fosse la causa, e che bisognasse opporsi a questo effetto fendendo la Si è suggerito di dare all' incisione la forma del T.

E anco renderla cruciale fendendo il retto.

porzione di questo intestino che si trovasse isolata, il che renderle la ferita cruciale. Questa parte dell' operazione si eseguisce facilmente col mezzo d' un paio di cesoie, di cui s' introduce una branca nell' ano, e l'altra nel centro dell' ascesso, con un bisturino bottonato guidato sul dito, o con un bisturino comune che si fa guidare da una tenta scannellata. Alcuni consigliano di estirpare i lembi dell' intestino, per timore che non rendano dolorose le medicature e che non dispongano la ferita a restare fistolosa. L'osservazione d' un caso nel quale era stato trascurato di fendere il retto, e dove alla sua estremità inferiore restò denudato in tutta la sua circonferenza, cosicchè bisognò portarlo via, e fare una ferita con perdita di sostanza che distrusse quasi tutta la porzione dell' intestino circondata dallo sfintere dell' ano, ha confermato la pratica di cui ho parlato, e Faget autore di questa osservazione ha dato come un precetto, da cui non è permesso allontanarsi, che non basta aprire l' ascesso dell' ano, ove il retto è scoperto, e che bisogna incidere o fendere questo intestino per procurare la sua riunione colle parti vicine.

Poi d'estirpare i lembi dell'intestino.

Vi sono casi in cui questa operazione sarebbe molto nociva.

Vi sono casi ne' quali questa operazione potrebbe essere molto nociva a motivo della suppurazione abbondevole che ne è la conseguenza, e per la necessità che essa impone di medicare frequentemente il malato, e di esporlo all' aria fredda. Se per esempio un' uomo esaurito da lunga malattia, se una donna che si trovi nel travaglio del parto venissero attaccati da un simile ascesso, non bisognerebbe egli contentarsi di aprirlo con una sufficiente incisione per dar luogo al totale scolo del pus, aspettare un tempo più propizio per porre in opera i mezzi idonei a procurare una guarigione compiuta? Questo è ciò che Foubert ha fatto. Un' uomo di più di sessanta anni, ridotto al marasmo per gravissima malattia, aveva un ascesso che occupava tutta la circonferenza dell'ano. Il suo stato non pareva che permettesse veruna operazione: nondimeno Foubert credè di non rischiar nulla facendo a questo tumore una incisione di sedici in venti millimetri. Ne uscì gran quantità di pus fetido, e la suppurazione che continuò ad essere abbondevole portò seco ne' giorni seguenti parecchi stracci di cellulare caduta in putrefazione. La ferita fu coperta unicamente da un empiastro che si mutava due volte il giorno, ed il malato guarì compiutamente in tre settimane di tempo, senza mai avere risentito dopo il più piccolo incomodo in quella parte. Una donna vicino al momento di partorire aveva un' ascesso della stessa specie, il cui volume pareva che potesse porre ostacolo alla uscita del feto. Foubert credè di non dovervi fare

Contentarsi di fare una semplice incisione. Osserv. di Foubert.

che la più piccola incisione possibile. La donna partorì felicemente e fu guarita in pochi giorni di questa ferita, sulla quale non fu applicato verun medicamento.

Questi esempii, e parecchi altri che la pratica ha somministrati a questo abile chirurgo, gli hanno fatto vedere esser possibile che le parti allontanate negli ascessi dell' ano si ravvicinassero le une alle altre, e che si risaldassero, senza farvi quelle grandi aperture che Faget ha raccomandate. In conseguenza egli ha consigliato di non aprirsi se non quando fosse assolutamente necessario per il totale scolo del pus, e di abbandonarli poi alla natura, senza introdurvi nulla di estraneo. Egli conviene che questo metodo ha l'inconvenevole di non condur sempre ad una guarigione radicale, e che può restarvi una fistola. Sarebbe senza dubbio più vantaggioso il potere operare in maniera che i malati non fossero esposti ad essere operati una seconda volta. Ma Foubert crede che gl' inconvenevoli che possono risultare dall' incisione cruciale prolungata fino all'alto della denudazione dell' intestino, non possano permettere il praticarla. ,, Altronde, egli dice, se resta una fistola, l' operazione che sarà necessaria in seguito, si farà colla più gran cognizione e nella direzione che bisognerà dare alle incisioni: vi saranno meno parti da portar via e da fendere, e non vi sarà timore di estendere l' operazione al di là dei limiti prescritti dalla natura del male ,,.

Da questi esempii Foubert deduce di non aprir mai gli ascessi dell'ano che per semplice incisione.

Conviene che questo processo espone ad una fistola consecutiva.

Ma questa fistola gli sembra facile a guarirsi.

Quale è dunque la maniera colla quale bisogna aprire gli ascessi all' ano? È egli necessario di fare una incisione cruciale, nella quale l' orlo dell' ano si trovi compreso, e difendere il retto in tutta l' estensione della sua denudazione, come lo ha consigliato Faget: oppure basta egli fare un' apertura di sedici o venti millimetri, secondo il principio di Foubert? Per decidersi in favore dell' uno o dell' altro metodo conviene, io credo esporre gli ascessi di questa specie sotto due classi diverse, relativamente alla causa che li ha prodotti, ed alla loro specie. Gli uni vengono da cause straniere al retto, e non hanno cagionato altra alterazione alle membrane di questo intestino che quelli che sono la conseguenza d' una violenta con-

Qual maniera è preferibile in aprire gli ascessi all'ano.

Bisogna distinguerne due classi.

Gli uni per cause estra-

nee al retto. Gli altri da una crepatura al retto. I primi esigono una semplice incisione.

tusione al perineo, d'un deposito critico, d'uno stravaso d'orina. Gli altri dipendono da una crepatura al retto, o che essa sia stata fatta da un corpo estraneo portatovi con gli escrementi; o per il rispingimento dell'umore contenuto ne' follicoli mucosi che si trovano alla sua estremità. Questi possono chiamarsi ascessi stercoracei. I primi non richiedono che una semplice incisione, la quale permetta l'intero scolo del pus. La natura attenta a sbarazzarsi di tutto ciò che la incomoda, non tarderà molto a procurarsi lo sgorgo che deve precedere il ravvicinamento e il rammarginare le parti lacerate. Tutto farà il suo corso in questo caso come negli ascessi che vengono alle altre parti del corpo. Purchè l'apertura si trovi nel luogo il più declive al centro dell'ascesso, purchè nulla si opponga all'evacuazione del pus, e che nessuna causa straniera turbi la cura, essa sarà ben presto compiuta, eccettuato il caso in cui la malattia provenisse dalla rottura dell'uretra; perchè il passaggio delle orine che escono da questo canale, dà luogo a callosità, che sussistono quanto la causa che le ha prodotte. Foubert non ha egli ottenuto i felici risultamenti di cui parla in casi di questa specie, o ne' quali non ha potuto ottenere la guarigione mediante il metodo raccomandato da Faget? Non si comprende forse quale sia stata la causa dell'ascesso di cui ha parlato nella sua prima osservazione: quello che fa il soggetto della seconda era il prodotto d'una forte contusione: quello della terza era un deposito critico in seguito d'una febbre maligna. La malata alla quale Ruffel prestò la sua assistenza, e della quale Foubert riporta l'istoria nella sua quarta osservazione, ha avuto uno scolo di pus dalla vagina e dall'ano; ma non si può dire che sia stata attaccata da un ascesso stercoraceo, quando non si vogliano confondere le malattie che meno si rassomigliano. Finalmente nella sesta e nella settima si tratta di ascessi urinosi creduti e curati male a proposito per ascessi stercoracei, e dei quali non si è potuto ottenere la guarigione se non mediante l'uso delle candelette.

I secondi devono essere aperti fendendo il retto.

Gli ascessi della seconda specie, gli ascessi stercoracei devono essere aperti in tutta la loro estensione. Non basta facilitare l'uscita del pus che contengono e lo sgorgo delle loro pareti; se è possibile che questo sgorgo si faccia in un modo compiuto, e che le pareti si rammarginino dopo di essersi ravvicinate fra loro, vi è più spesso da temere che succeda il contrario. Il retto può in questo caso considerarsi come un canale solido, trattenuto dalla sua propria struttura e dai legami che lo fissano da tutte le parti, e che si trova isolato in mezzo al vuoto che ha formato intorno a lui l'allonta-

narsi che han fatto le pareti dell' ascesso. Nulla impedisce che le umidità e le materie stercoracee passino a traverso la crepatura, che è la prima causa del male, e non si spandano sulle parti alterate. Ora non si può sperare che esse si sgorghino, e che si ravvicinino fin tanto che saranno infette da queste sostanze estranee, e in qualche maniera putride! invece che se si fende il retto denudato, le labbra della ferita che vi si fa, si abbassano e cadono sulle pareti opposte al centro dello stravaso, ove esse sono quindi portate dai pezzi dell' apparecchio di cui si suole far uso nella medicatura di questa sorta di ferite. Il loro contatto è scambievole ed esatto. Nessuna umidità, nessuna materia estranea tende a disunirle, e il rammarginamento è tanto certo, quanto lo è poco operando nell' altra maniera. Per ottenere questo effetto non è necessario che l' incisione fatta al retto comprenda la crepatura dell'intestino, come dice Foubert: e il difetto di questa precauzione non dà luogo ad una fistola consecutiva. Perchè questo inconvenevole non accada, basta che le umidità stercoracee non vi possano passare. Altronde se si giudicasse che fosse di una estrema necessità il sapere, operando, il luogo ove si trova questa crepatura, nulla sarebbe più facile: io non ho mai aperto questa sorta di ascessi, senza averlo riscontrato col dito introdotto nel retto.

Foubert ha detto che l' incisione cruciale abbia degl' inconvenevoli che devono farla rigettare in tutt' i casi. Se si crede al suo opinare essa può richiamare dell' emorragie gravi, suppurazioni abbondevoli e di cattivo carattere, delle diarree, ec. Io non ho mai veduto sopravvenire emorragie dopo questa operazione, quantunque cotal accidente avvenisse spesso dopo quella che si praticava non è ancora molto tempo per la guarigione della fistola stercoracea. Si potrebbe dedurre la ragione di questa differenza da quella che presentano le parti ove si è formato l' ascesso, e da quelle che non offrono che seni fistolosi. Il pus ha dissecate le prime, ed ha allontanati i vasi che potrebbero somministrare sangue invece che gli altri sono nel loro stato d' integrità. Quanto all' abbondanza della suppurazione ed alle diarree, è vero che ordinariamente esse sono la conseguenza dell' apertura cruciale dei grandi ascessi all' ano, ma del pari non si osserva perchè tali inconvenevoli non avrebbero luogo egualmente quando questi non sono aperti che in una piccola estensione, poichè non vi è maggior perdita di sostanza in un caso che nell' altro. Altronde supponendo che debbano essere più frequenti quando si taglia il retto denudato, il metodo opposto ne ha dei più gravi: perchè, senza parlare

Foubert teme delle emorragie o delle diarree.

dell' inconvenevole di lasciare ai malati una fistola che esige una seconda operazione, vi è da temere che le materie che scolano a traverso la crepatura del retto, e che cadono nel centro dell' ascesso non impediscano alla parte di sgorgarsi, e di riattaccarsi, o che non producano degli ascessi che abbiano delle funeste conseguenze.

La pratica me ne ha somministrati degli esempii troppo frequenti, perchè mi sia permesso di continuare ad abbandonarmi alle lusinghiere speranze di guarigione che dà Foubert, ammeno che le circostanze particolari delle quali è stato precedentemente parlato non obblighino ad attenersi al processo che egli suggerisce. Un' ufiziale ebbe un' ascesso all' ano, al quale io non feci che un' apertura di ventisette millimetri di estensione. Lo sgorgo, e il ravvicinamento delle parti malate mi facevano sperare una guarigione prossima, quando sopravvenne un secondo ascesso più considerabile del primo, e che fui obgligato di aprire. Il guasto era troppo grande perchè fosse stato possibile di venire all' incisione del retto. Altronde io sperava tuttavia. Un terzo ed un quarto ascesso successero ben tosto ai due primi. Non vi era più altro compenso che di fare la più piccola apertura possibile. Nessuna di queste piaghe era chiusa; esse sono rimaste fistolose. L' adiacenze dell' ano sono divenute callose. Si sono aperti nuovi ascessi a tempi più remoti, e il malato, che è sopravvissuto lungo tempo, era non solo incomodato da fistole numerose che occupavano la circonferenza dell' ano, ma era soggetto a frequenti tubercoli, che per lo più si aprivano da per loro. Un' altro uffiziale si accorse, mangiando del pesce, che aveva una lisca che durava fatica a passare. Qualche giorno dopo fu attaccato da una diarrea molto considerabile, e nel medesimo tempo da un dolore violento e profondo al lato destro dell'ano. Io non lo vidi che il duodecimo o decimo terzo giorno dopo questo avvenimento. Si era già fatto un deposito enorme alla natica destra e in vicinanza dell' ano. Questo ascesso fu aperto il giorno dopo con un' apertura di cinquantaquattro millimetri di lunghezza. Cercai inutilmente la lisca. La grande estensione dell' ascesso, unita alla diarrea dalla quale era attaccato il malato, non mi avrebbero permesso di fendere l' intestino, quando anco io avessi avuta questa intenzione. Si fece per la ferita uno sgorgo salutare, ma appena aveva cominciato, che si dichiarò un secondo ascesso dalla parte del perineo. Ne successe poco dopo un terzo verso lo scroto e verso la parte interna della coscia del medesimo lato. I rimedii che io prescrissi al malato, fermarono la diarrea che era una delle principali cause di questo

disordine. Ma ciò non impedì che non si facessero successivamente degli altri ascessi, i quali si terminarono per altrettante aperture alla pelle. Il malato divenne infiltrato. È morto dopo due o tre mesi, e sicuramente per la crepatura fatta al retto dalla lisca del pesce, che aveva inghiottita. L' eccessivo fetore che esalava il suo corpo m' impedì di farne l' apertura, la quale altronde non mi avrebbe dato verun lume sulla natura della malattia, la lisca essendo escita spontaneamente qualche giorno dopo l' apertura del primo ascesso.

Un terzo malato, al quale io mi sono contentato di fare l' incisione raccomandata da Foubert per un' ascesso della specie di quelli dei quali si tratta, non ha sofferto tanto funesti mali. Ma per quanto sia sopravvissuto tre mesi all' operazione, la ferita è rimasta sempre nel medesimo stato. Le pareti dell' ascesso non si sono riattaccate, e non vi è stata alcuna apparenza di guarigione. Io non avrei esitato a fendere l' intestino e ad estirpare una porzione dei tegumenti dalla parte dell'ano, se non si fossero dichiarati dei sinromi di una idropisia di petto, che lo ha fatto morire. Non mi è stato possibile disporre del suo cadavere.

Il pericolo d' una fistola consecutiva, la quale si possa guarire con una operazione tanto sicura, quanto semplice e felice, non è dunque il solo che possa risultare dal metodo di Foubert applicato agli ascessi dell' ano, prodotti da una crepatura del retto. Essa può dar luogo a novelli ascessi che lasciano fistole incurabili, o non esser seguita da verun rammarginamento, in maniera che le parti rimangano nello stesso stato in cui si trovavano al momento dell' operazione. Questi accidenti nascono dall' essere il retto come sospeso nel vuoto dell' ascesso, di modo che le umidità stercoracee bagnano le parti lacerate e le rendono callose: per conseguenza sono inevitabili. Perciò non è possibile il dispensarsi di fare a questa sorta di ascessi l' incisione cruciale raccomandata da Faget, operazione che guarisce in una maniera sicura, ammeno che il malato non sia totalmente esaurito e che non vi sia altro inconvenevole che quello d' esser seguita da una suppurazione lunga e poco più abbondevole che allontana la guarigione e la rende più laboriosa.

Il pericolo d' una fistola consecutiva non è il solo che risulti dal processo di Foubert. Osserv. di Foubert.

Ma come distinguere questi ascessi da quelli che dipendono da qualunque altra cagione? I segni dei primi sono stati esposti precedentemente. Quelli dei secondi si deducono da ciò che ha preceduto la malattia. Se essa viene in seguito di una forte contusione, se sopraggiunge alla fine d' una febbre maligna, non si può non riconoscerne la specie. Non vi sono che gli

ascessi urinarii che si estendano fino all' ano, i quali possano dar luogo a qualche inganno. Pure sarà facile riconoscerli alla difficoltà di orinare, ed anco alla compiuta ritenzione d'orina da cui sono stati preceduti; alla loro situazione che è sempre più vicina al perineo che all' ano; alla loro maniera di crescere che è più lenta di quella degli ascessi stercoracei; al dolore, al calore e ai fremiti che il malato risente nell' interno del tumore quando rende le orine; e finalmente, quando si apre l' ascesso, alla natura del pus che ne esce e che è diluito in una gran quantità di sierosità; mentre che quello che somministrano gli ascessi stercoracei porta seco degli stracci di tessuto cellulare caduto in putrefazione, ed ha un color bruno che gli danno le materie colle quali si trova mescolato.

Quando i grandi ascessi dell' ano sono stati aperti con una incisione cruciale, s' introduce nell' ano una tasta un poco morbida spalmata di grasso alla sua estremità, che s'avanza profondamente al di là del luogo ove è stato inciso l'intestino. Il rimanente della ferita è guarnito di filaccica sopra le quali si applicano delle compresse lunghette, e la fasciatura di cui ho precedentemente parlato. Siccome la suppurazione è interamente stabilita, l' apparecchio può e deve essere rinnovato dopo ventiquattro ore, e le seguenti medicature si faranno più o meno spesso secondo la quantità del pus somministrato dalla ferita. Esse consistono nell' introdurre nel retto un lucignolo in luogo della tasta che si è adoperata su le prime, e che non solo porta i convenevoli medicamenti sulle parti le più profonde della ferita, ma impedisce ancora che le umidità del retto non vi s' introducano, ed applica i lembi di questo intestino contro la parete opposta del centro dell' ascesso, affinchè vi si saldino solidamente. All' esterno sono applicati dei pimacciuoli, e il tutto è tenuto fermo come la prima volta. Quando la ferita comincia a diminuire, si diminuisce egualmente la grossezza e la lunghezza del lucignolo, che finalmente si sopprime onninamente. Quando non si aprono i grandi ascessi che con una incisione poco estesa, ci contentiamo coprire la ferita con un' empiastro suppurativo, poi si applica una compressa lunghetta che si sostiene con una fasciatura a T. Le medicature seguenti sono le stesse. Si continuano fino alla guarigione della piaga, o fino a che essa sia degenerata in fistola.

Gli ascessi medii dell' ano, o gli ascessi flemmonosi, diconsi così perchè sono meno considerabili di quelli di cui si è parlato, e perchè presentano la maggior parte dei sintomi dei flemmoni, come il rossore, la circoscrizione, le pulsazioni, il dolore, la febbre, ec. Essi possono essere prodotti da una cre-

2: Ascessi flemmonosi.

patura all' intestino retto come i precedenti; ma parimente possono dipendere da qualunque altra causa. Le attenzioni che esigono sono le stesse. Bisogna al principio calmare l' infiammazione colla dieta, con i salassi, ec.; e quando la suppurazione si annunzia colla mollezza e colla fluttuazione, bisogna dare uscita al pus con una incisione di piccola estensione secondo la natura dell' ascesso. Le medicature si fanno come è stato detto.

Gli ascessi della terza specie che si chiamano tubercoli suppurati, vengono molto spesso in vicinanza delle emorroidi tumefatte. Essi danno ordinariamente tanto poco incomodo, che i malati che ne sono attaccati non se ne accorgono, che quando si sono aperti da sè stessi; e quando il pus che ne esce si mostra sulla loro biancheria. Essendo consultati per questa leggera malattia, non vi sarebbe da fare altro che coprire i tegumenti con un leggero empiastro di diachilon gommoso, ed aspettare che l' ascesso si apra. Gli stessi topici ne favoriscono lo sgorgo e la guarigione radicale, ammeno che l' ascesso non comunichi col retto, perchè in questo caso rimane ordinariamente una fistola. 3 Tubercoli suppurati.

Non vi è alcun luogo della parte anteriore del ventre ove non si possono stabilire fistole che comunichino col canale degl' intestini, e che lascino uscire una parte o la totalità delle materie escrementizie che porta questo canale. Ciò accade tal volta in seguito di ferite che vi penetrano o di ernie complicate con gangrena. Ne sarà parlato all' articolo delle ernie del ventre. Io non farò menzione in questo luogo che delle fistole che han sede nella regione dell' ano, e che dipendono da un' apertura che si è fatta all' estremità dell' intestino retto. Queste sono comunissime. Si distinguono male a proposito col nome di fistole all' ano. Siccome l' umore che esse somministrano è mescolato a quelli che lubrificano il retto, o con porzioni di escrementi diluiti, pare che convenga loro meglio il nome di fistole stercoracee. Delle fistole stercoracee.

Le fistole all' ano si dividono in complete ed in incomplete: le prime hanno due aperture, una fuori e l' altra dentro al retto: le seconde non ne hanno che una sola; il che ha fatto dar loro il nome di fistole cieche. Queste ultime si suddividono in cieche ed esterne. Le fistole cieche e interne sono aperte dal lato dell' intestino e non lo sono al di fuori. Quelle che si dicono cieche ed esterne hanno un' apertura di fuori e non all' interno. Queste ultime, quantunque ammesse da tutti gli autori, pure sono state messe in dubbio, ed assolutamente negate da Foubert, il quale dice di non aver mai riscontrata Le fistole all' ano si dividono in complete e incomplete. Queste in cie-

che esterne e cieche interne. Foubert ha negato che ve ne fossero altre.

presso l'ano fistola aperta all'esterno, che non fosse del pari aperta all'interno; e che anco nel caso in cui non aveva potuto trovare il loro orifizio interno per mezzo di verun processo, l'aveva sempre riscontrato nella porzione delle carni ch' egli aveva portate via, operando le fistole col mezzo dell'estirpazione. La ragione e l'esperienza sembrano d'accordo con questo pratico, perchè non vi è fistola che non sia mantenuta da un vizio locale della parte ove è situata, e spesso accade che dopo avere scandagliate più volte quelle in vicinanza dell'ano, senza poter far passare lo specillo nell'intestino retto, quest' istromento vi penetra quando alcuno meno se lo aspetti. Le fistole complete sono molto più frequenti delle fistole cieche ed interne.

Differenze che presentano le fistole complete.

Esse differiscono le une dalle altre in questo; che ve ne sono senza callosità e che non hanno se non un seno, che non presentano se non un'apertura, e che traforano la pelle e il retto a poca distanza dall'ano; mentre che le altre sono accompagnate da molte callosità, hanno più fori, forano la pelle con due o tre aperture; ed hanno la loro origine più o meno lontana dall'ano.

Loro segni.

I segni delle fistole complete sono facili a conoscersi. Si vede presso all'ano una o più aperture che sono la conseguenza d'un' ascesso, il quale è scoppiato da per sè, o di cui si è procurata l'evacuazione mediante una convenevole incisione. Queste aperture somministrano pus, o una sanie purulenta, e lasciano qualche volta uscire dei flati, delle materie stercoracee diluite, e dei vermi. Lo specillo che vi s'introduce, dopo aver fatto giacere il malato sulla sponda del suo letto come per ricevere un lavativo, e dopo aver portato nell'ano l'indice di una mano bene unto con olio o con burro fresco, penetra più o meno profondamente, e si avvicina all'intestino, di cui fa sentire le pareti denudate e assottigliate. L'estremità di questo istromento giunge qualche volta fino nella cavità dell'intestino, e vi si fa sentire a nudo. Pure qualche volta non vi si può introdurre, o per l'apertura della fistola troppo stretta, o perchè il seno ne sia tortuoso e non permetta allo specillo di percorrerlo in tutta la sua estensione. In questo caso bisogna farvi per qualche giorno delle iniezioni con dell'acqua tiepida, a fine di dilatare appoco appoco la fistola e renderne sensibile l'apertura interna; perchè è essenziale il conoscerla, e senza ciò non si può fare pronostico, nè operare con sicurezza. Le callosità, il numero dell'aperture e dei seni che presentano le fistole, la sua distanza più o meno grande dall'ano sono le circostanze che non si possono perdere di vista da nessuno.

Non si può esser mai troppo attenti per non confondere le fistole che sono stercoracee con quelle che si trovano qualche volta presso l'ano, e che sono prodotte dalla rottura del canale dell'uretra. Queste sono veramente orinarie. Si riconoscono alla poca consistenza del pus che esse somministrano, all'odore orinoso che esala questo pus, al suo colore che è sempre bianco, invece che l'umore che danno le fistole stercoracee fa sulle pezze che lo ricevono delle macchie, il colore delle quali è leggermente bruno alla loro circonferenza. Altronde le fistole orinose sono accompagnate da molte callosità, non offrono che aperture strette, e corrispondono ad una corda che è formata dalle callosità che si trovano nel tragitto del seno al quale corrispondono le loro aperture. Questa corda, o piuttosto questo seno, invece di portarsi dal lato del retto va verso il perineo. Ma ciò che per lo più le distingue è che si trovano molto umettate ogni volta che il malato orina, che sono state precedentemente o sono accompagnate da qualche difficoltà d'orinare, e che il malato non può esercitare questa funzione senza provare in alcuni punti del canale dell'uretra, se non un dolore vivo, almeno una sorta di calore acre e pungente, che è prodotto dall'impressione che fa l'orina sull'apertura fistolosa di questo canale. L'errore nel quale si cadrebbe prendendo le fistole della specie di cui si tratta per fistole stercoracee, sarebbe tanto più funesto, in quanto che la cura che conviene alle une, è totalmente differente da quella ch'esigono le altre.

Si possono confondere le fistole stercoracee con le orinarie. Segni che queste presentano.

Le fistole cieche e interne si conoscono ordinariamente ai segni seguenti: il malato dopo avere avuto un tumore duro e profondo in vicinanza dell'ano, e accompagnato sulla fine da pulsazioni distinte, si accorge che rende del pus dall'ano, e che i suoi escrementi ne sono ricoperti. Egli soffre del malessere andando al cesso, e non può appoggiare il dito sulla circonferenza dell'ano senza sentirvi dolore. Il colore della pelle è alterato, ed è anco livido al luogo che corrisponde all'ascesso, vi si sente durezza ed ingorgo. La compressione che si fa su questo luogo determina il pus a cadere nell'intestino, e ad uscire quindi dall'ano. Il dito introdotto nell'ano colle convenienti cautele vi trova delle ineguaglianze che non sono naturali a questa parte, e che indicano il luogo dell'apertura interna della fistola, ec. Pure qualche volta le persone incomodate da fistole della specie di cui si tratta, non soffrono altro incomodo che un dolore profondo, ma leggero, in vicinanza dell'ano, senza alcuna evacuazione di pus distinguibile con gli escrementi. Si trova al luogo doloroso una durezza più o me-

Segni delle fistole cieche e interne.

no profonda che si prolunga da un lato del retto per mezzo d'una corda dura e callosa, che non è altra cosa che il tragitto fistoloso. Le cose possono rimanere in questo stato per lungo tempo. Pure il termine più comune di questa malattia si è, che la durezza di cui abbiam parlato si avanza dall'interno all'esterno verso i tegumenti, e produce alla fine un tubercolo che si apre alla sua sommità, e lascia escire poco pus. Allora la fistola è completa; ma ho veduto in parecchie circostanze che questa fistola si chiudeva dopo un certo tempo, per riaprirsi di nuovo.

Le fistole antiche complicate di callosità, la cui apertura è troppo profonda non guariscono. Le altre possono guarirsi con diversi processi 1. Le supposte emplastiche.

Le fistole stercoracee sono quasi tutte suscettive di guarigione. Non sono eccettuate che quelle che sono molto inveterate, quelle che hanno si gran numero di aperture e di callosità che bisognerebbe portar via troppe carni per distruggerle, e quelle la di cui apertura anteriore è al di là della portata del dito. Queste ultime non esigono che attenzione nel tenerle pulite. Le altre possono esser guarite per mezzo del caustico, della legatura, dell'incisione, dell'estirpazione, e delle supposte emplastiche, che s'introducono nell'ano, e che chiudendo l'orifizio interno della fistola permettono alle sue callosità di fondersi, e alle sue pareti di ravvicinarsi e di riattaccarsi fra loro. Ma queste supposte non convengono che per le fistole recenti e superficiali: perchè per poco che esse abbiano profondità, non possono impedire che le umidità stercoracee non vi penetrino e non le mantengano.

2. L'uso dei caustici raccomandati da Ippocrate.

Il caustico è di un uso antichissimo nelle fistole stercoracee. Ippocrate lo raccomanda formalmente, e la maniera di servirsene è il primo processo che questo autore descrive „. Prendete, egli dice, una tasta di tela imbevuta di sugo di titimalo maggiore, polverizzatevi sopra del verderame, e che sia d'una lunghezza eguale a quella del tragitto fistoloso. Questa tasta vi sia portata mediante una tenta alla quale si attaccherà con un filo, e che si ritirerà per l'ano, dopo averla introdotta nell'orifizio esterno della fistola. Ciò fatto si fregheranno gli orli dell'ano con terra cimolia, e vi si porrà una supposta di corno. Questo stromento deve rimanere fisso nel retto fino al quinto giorno. Se il malato è pressato dal bisogno di andare al cesso, si leverà per rimetterlo sul momento. Il sesto giorno si ritirerà la supposta e la tasta di tela, e si porrà nell'ano un'altra supposta di allume crudo, ec. „.

Fendere le fistole con un coltello

Sebbene questo metodo sia esposto con accuratezza, e che non sia dimenticata alcuna particolarità necessaria alla sua riuscita, non pare che sia stato seguitato. Pure alcuni han consigliato di caricare di un caustico il filo di cui solevasi servire

per legare le fistole, ed altri d'introdurre nel tragitto loro una tenta scannellata, sulla quale si conducesse un coltello infuocato per inciderle in tutta la loro lunghezza; e distruggere nel medesimo tempo le callosità che presentano. Bisogna arrivare fino ai tempi di Dionis per ritrovare l' uso dei caustici. Egli dice che trent' anni avanti a quello in cui scriveva un certo Le Moine s'era acquistata a Parigi una gran reputazione per la guarigione delle fistole stercoracee. Il suo metodo consisteva nell' introdurre nell' apertura una tasta coperta con un unguento corrosivo, col quale appoco appoco ne consumava gli orli. Aveva l' attenzione di aumentar la grossezza della tasta ogni giorno, in modo che a forza d' ingrandire la fistola ne veniva a scoprire il fondo. Se si presentavano delle callosità e dei fori, li consumava col suo unguento, e con la pazienza ne guariva molti. Dopo questo autore parecchi hanno parlato del caustico ma per disapprovarlo. Hanno detto che questo processo è lungo e doloroso, al che avrebbero potuto aggiungere che i medicamenti corrosivi non sono senza pericolo, perchè se ne stacca sempre qualche particella, la quale può penetrare nei vasi, ed alterare la costituzione dei solidi e dei fluidi. Pure vi sono tuttavia a Parigi delle persone che se ne servono con successo, e che si sono acquistata una reputazione che non la cede in nulla a quella dell' uomo di cui parla Dionis.

infuocato.

Si trova l'uso dei caustici in Dionis.

È stato disapprovato.

Se alcune circostanze particolari, o la volontà del malato mettessero nella necessità di adoperarli, si adopererebbe come segue. S' introdurrebbe nell' orifizio esterno della fistola un trocisco escarotico o un trocisco di minio, e vi si fermerebbe co' mezzi ordinarii. Questo trocisco sarebbe levato undici o dodici ore dopo la sua applicazione, e si aspetterebbe che l' escara che avrebbe formata si fosse staccata per porvene un secondo. Questo sarebbe portato dalla parte dell' ano, procurando di porre delle filaccica nella parte del seno fistoloso che corrisponde alla natica. Un terzo o un quarto trocisco si porrebbe della stessa maniera, sempre avvicinandosi all' ano e allontanandosi dalla natica, fino a che la parete della fistola che corrisponde all' ano fosse totalmente rosa e distrutta. Allora bisognerebbe negli ultimi tempi porre nell' ano un lucignolo di filaccica, l' effetto del quale sarebbe lo stesso di quello della supposta raccomandata da Ippocrate, e che impedirebbe che il medicamento agisse sopra alcun' altra parte della circonferenza dell' ano, su le prime fuorchè su quella parte che corrisponde alla fistola. Essendo così aperto, non rimarrebbe più da fare altro che medicare l' ulcera con un lucignolo leggermente spalmato con unguento suppurativo ed asciutto in seguito: in una parola

Maniera di usarli

guarirla come la ferita che si fa coll' istromento tagliente, quando si fa uso del metodo dell' incisione.

3. La legatura consigliata da Ippocrate. Poi da Celso. Suo processo.

La legatura delle fistole all' ano non è un metodo meno antico di quello dei caustici. Ippocrate ce ne ha lasciata una buona descrizione; ma è stato superato da Celso che l' ha esposta colla sua ordinaria esattezza. ,, Bisogna, dice egli, cominciare con introdurre una tenta nella fistola, fino al
,, luogo ove essa finisce. In questo luogo si farà una incisio-
,, ne alla pelle per poter tirare la punta di questo istromento,
,, l' altra estremità del quale sarà munita di un filo di lino
,, passato a traverso un' apertura praticata a tale oggetto. Si
,, prenderanno i capi di questo filo, e si annoderanno in una
,, maniera lenta, affinchè non stringano troppo la pelle ch' è
,, sopra alla fistola. Pure il malato potrà attendere a' suoi af-
,, fari, camminare, andare al bagno, nutrirsi come se fosse
,, nella più perfetta salute. Basta sciogliere il filo due volte il
,, giorno, e tirarlo in modo che la parte che era di fuori en-
,, tri nella fistola. Per paura che non si putrefaccia si cangerà
,, ogni tre giorni, fermando con un nodo un nuovo cordone
,, all'antico. Il secondo entrerà nella fistola, e il primo ne
,, sarà tirato fuori. Di questa maniera la pelle si trova taglia-
,, ta appoco appoco, e il lato su cui è il filo rimane distrut-
,, to. mentre guarisce l' altro che gli è opposto. Questa cura
,, è lunga, ma è senza dolore. Coloro che vogliono che duri
,, un tempo minore, debbono stringere il filo un poco più
,, forte, affinchè la pelle rimanga tagliata più presto. Bisogna
,, inoltre che per mezzo d' un pennello introducano la sera
,, qualche medicamento nell' interno della fistola, perchè le
,, parti ammollite cedano più facilmente all' azione della le-
,, gatura. Si abbrevia la cura, ma si aumenta nel tempo stes-
,, so il dolore se si spalma il filo con qualche medicamento
,, idoneo a consumare le callosità, ec. ,,.

Era in uso generalmente a' tempi di Fabrizio d'Acquapendente.

Quasi tutti gli autori che hanno scritto dopo Celso hanno raccomandata la legatura come uno dei mezzi migliori per guarire le fistole stercoracee. Fabrizio d'Acquapendente dice che essa era generalmente in uso ai suoi tempi, ed aggiunge qualche cosa al metodo di Celso. Lo specillo destinato a condurre il filo deve avere una palla di cera alla sua estremità, perchè non offenda il tragitto fistoloso che deve percorrere. Invece di filo di canape, bisogna adoperarne uno di seta che non è tanto soggetto a rompersi, e che tiene più solidamente, e stringe con maggior forza, e taglia la pelle con un' azione che gli è propria, e per quella della tintura di cui è colorito. Quando si vuole stringere di più, bisogna servirsi di un filo incerato,

Propone fermare il filo

ed avvolgerlo sopra un pezzetto di legno che faccia l'effetto d'un *tortore*, ec. sopra una bacchetta, e stringerlo con questo mezzo.

L'ultima parte di questo processo potrebbe dar luogo ad escoriazioni profonde e gangrenose per causa della pressione che eserciterebbe questo pezzetto di legno sulle parti vicine. Il filo di cui si serviva Pareo era composto di canape e di crini. Pigray non dice nulla di più sulla maniera di far la legatura, di quel che han detto quei che hanno scritto prima di lui; solamente assicura che questo metodo guarisce facilmente le fistole all'ano. Thevenin non ne ha osservata alcuna che gli abbia resistito a cosiffatto metodo. Pigray e Thevenin lodano la legatura.

Malgradò così vantaggiose testimonianze era caduta in disuso, quando Foubert ha cominciato a farla rivivere. Egli la faceva con un filo di piombo dal quale faceva percorrere tutta la lunghezza del tragitto fistoloso mediante una tenta d'acciaio flessibile, terminata da un lato in una punta smussata, e dall' altra in una specie di tubo praticato nella sua grossezza, che la rende simile ad un *lardatoio*. Per porre in uso questo processo bisogna che il malato sia giacente sulla sponda d'una tavola o del letto, o con le gambe alzate e un poco slargate. Un' ajutante allontana e tiene le natiche, mentre il chirurgo armato della tenta che porta il filo di piombo e che deve condurre seco, ne introduce l'estremità bottonata nell' orifizio esterno della fistola. Quando vi è entrata introduce un dito nel retto e continua a spingere la tenta fino a che la sua estremità giunta in questo intestino, arrivi a colpirlo. Per il buon esito di questa operazione è necessario che la tenta passi a traverso l'orifizio interno della fistola, e che non trafori le tuniche dell' intestino. L'estremità della tenta è curvata e portata fuori dell' ano col dito che vi si era introdotto; quindi si continua a spingerla con una mano e a tirarla fuori coll'altra, fino che essa sia uscita totalmente, e che comparisca il capo del filo di piombo: tirata fuori la tenta, le due estremità del filo avvicinate l'una all' altra, il chirurgo le torce insieme con maggiore o minor forza. Se la torsione è grande, il malato soffre di più; ma guarisce più sollecitamente: e viceversa. Il filo di piombo dev' essere inviluppato in un poco di cotone cardato, o di filaccica grezza. Questa precauzione è utilissima nelle persone che hanno le natiche naturalmente strette, per impedire che non sopravvengano delle escoriazioni, o dell'escare gangrenose, come ho veduto succedere. Era caduta in disuso quando Foubert la fece rivivere.

Le seguenti medicature consistono nello storcere, e nel torcere di nuovo, e con maggior forza il filo, che diviene lento

a misura che le parti che esso comprende cedono alla sua azione. Più avanza verso le parti esteriori, più il fondo della fistola cicatrizza e guarisce, e quando è terminata la sezione delle carni, la cura si trova compiuta; o se non lo è si termina con poche filaccica asciutte o raschiate, che si pongono fra le parti di fresco divise, affinchè esse cicatrizzino senza riunirsi di nuovo. È inutile il dire che le cure di pulizia non devono trascurarsi.

Suoi vantaggi.

Questo metodo ha cotanto vantaggio, che non assoggetta a medicature regolari; che il dolore che produce è mediocre quando non si abbia troppo fretta, che s'impieghi il tempo necessario, e soprattutto che il malato non sia obbligato di osservare un regime ben esatto, e di stare in casa tutto il tempo della cura, nel qual tempo egli può attendere alle sue faccende ordinarie. Ma esso non conviene che nel caso in cui la fistola sia semplice, e non troppo lontana dall'ano; perchè se fosse la fistola complicata con seni, con callosità, e che la sua apertura fosse ad una gran distanza dall'ano, vi sarebbero troppe parti da tagliare, e la legatura sarebbe più dolorosa ed esigerebbe più tempo.

Casi in cui la legatura conviene.

4. Incisione raccomandata da Ippocrate.

Ad Ippocrate dobbiamo pure il metodo d'incidere le fistole stercoracee. Egli lo raccomanda per quelle che hanno un'apertura presso l'ano e che non ne hanno veruna dentro al retto. Sono queste le fistole che si sono chiamate cieche ed esterne, e sulle quali ho detto che Foubert ha gettato dei dubbii che il raziocinio e l'esperienza confermano. *At si fistula non ita perroserit, ut parva sit*, dice il padre della nostra arte, *scalpello antea demisso incidenda est, quoad penetrat, ac flos aeris inspergendus*, ec. Vidus Vidin, uno dei suoi più dotti comentatori conviene che queste espressioni non sono molto chiare, e che possano del pari significare che bisogna forare l'intestino all'estremità della fistola per renderla completa, o che sia necessario di fendere la fistola in tutta la sua estensione. Il seguito di questo passaggio lo determina ad abbracciare quest'ultimo senso, che pare anco a me il più ragionevole; perchè se Ippocrate non avesse voluto render la fistola completa, d'incompleta che essa era, senza dubbio avrebbe raccomandato per la sua cura i caustici o la legatura che aveva descritta, invece di che ei propone una serie di medicature differenti. Bisogna, egli dice, dopo avere inciso, spolverizzare del verderame sulla ferita, lasciarvelo per cinque giorni, e quindi coprire la parte malata con un cataplasma. L'applicazione del verderame ha manifestamente per oggetto la distruzione delle callosità, che mantenevano la fistola. Paolo Egineta propone

Il suo testo è chiaro. Vidus Vidin pensa che Ippocrate indichi l'incisione.

Paolo

lo stesso processo. Il malato deve giacere bocconi, colle gambe allargate e le cosce in flessione sul ventre, come quelli a' quali si vuole dare un lavativo. Se la fistola è superficiale, bisogna introdurvi la punta d'un bisturino o una specie particolare di specillo, sul quale si condurrà l'istromento tagliente, e incidere la pelle che cuopre il seno fistoloso; ma se è profonda, il bisturino non vi si porterà che dopo avere introdotto il dito nel retto, a fine di deviare la punta di questo istromento, e di ricondurla fuori dell'ano, dopo di che si taglieranno senza timore le parti che s'incontrano fra i due orifizii della fistola.

consiglia lo stesso processo d'Ippocrate.

Paolo Egineta non si permetteva di forare la membrana dell'intestino retto colla punta del bisturino se non quando la fistola gli pareva cieca ed interna; o piuttosto quando non poteva conoscere il luogo della sua apertura vi faceva passare la punta del suo istromento. Questo esempio non è stato sventuratamente seguito dai suoi successori. La persuasione nella quale tutti sono stati, che vi sieno delle fistole, le quali non penetrano nel retto, e che basta ricondurle allo stato di ferite semplici, ha fatto credere che purchè esse fossero fendute, e che si fossero distrutte e portate via col bisturino e co' caustici le loro callosità, se ne otterrebbe la guarigione. In conseguenza è stato consigliato di forare l'intestino più alto che fosse possibile, a fine di non lasciare veruna durezza che potesse riscontrarsi nel tragitto fistoloso. Non è stata fatta attenzione che spesso l'apertura del retto è presso il margine dell'ano, quantunque questo intestino sembri denudato profondamente, e che in questo caso s'inciderebbe molto più alto di quello che bisognerebbe. Altronde operando di questa maniera è possibilissimo di non comprendere l'orifizio interno della fistola nella incisione; ed allora la malattia ricomincerà di nuovo, perchè la sorgente delle umidità stercoracee, le quali cadono e s'infiltrano nelle cellule del tessuto adiposo, non è ancora inaridita. All'opposto se questo orifizio fa parte dell'incisione, e che s'impedisca che le materie infette che tendono ad uscire dal retto non vi si portino, la guarigione è infallibile. Quindi non sono mai troppe le attenzioni nè il tempo che s'impiega per trovarla.

Le callosità che esistono nel tragitto fistoloso non sono sembrate un oggetto degno di minore attenzione a Paolo Egineta quanto ad Ippocrate; ma invece di consumarle con caustici, vuole che se ne faccia l'estirpazione col bisturino o colle cesoie: questo è il metodo che tutti gli autori han consigliato, e che il maggior numero dei pratici seguitava non è gran tempo. Guido di

Paolo Egineta vuole che si estirpino le

callosità. Chauliac è il solo che se ne sia allontanato, e nel tempo stesso che mi sembri avere inteso il principio, sul quale è fondata l'arte di guarire le fistole stercoracee. ,, Per quanto si ,, dica che è necessario che le fistole sieno distrutte e che ne ,, sieno consumate le callosità dopo che si è fatta l'incisione, ,, per me, egli dice, non credo che sia nè vantaggioso, nè ,, necessario di portar via queste callosità. Al contrario io penso che sia miglior cosa che esse vi rimangano, e che si procuri di renderle più grandi, perchè dopo l'incisione tutta ,, la nostra attenzione deve avere per oggetto a far sì che l'apertura diventi interamente dura e callosa come l'intestino, ,, per timore che gli escrementi non irritino la carne viva nel ,, passare, e che non cagionino laboriosi dolori al malato. *Trattato* 4, *delle ulcere*, *Cap.* VI.,,

Guido di Chauliac s'inganna allorchè asserisce che invece di distruggere le callosità, bisogna adoprarsi a renderle più grandi. Nessuna cosa nuocerebbe più alla formazione della cicatrice, la quale deve essere l'oggetto dei nostri desiderii; ma ha ragione di asserire che è inutile portarle via. Elleno non tarderanno a dissiparsi da per sè stesse cessando la causa che le ha prodotte. Questa causa è evidentemente l'irritazione che le umidità stercoracee facevano sulle pareti della fistola, e il lucignolo che vi s'introduce impedisce che esse vi penetrino. Deve in questo caso accadere lo stesso come nelle fistole prodotte dalla crepatura dell'uretra. Ora, si vedono le callosità che accompagnano queste fistole guarire da per sè senza veruna medicatura, col solo uso delle candelette che allargano il canale, ristabiliscono il corso naturale delle orine, e si oppongono allo spargersi delle medesime sulle parti che erano solite di traversare. Guido di Chauliac non ha meno ragione di dire che la totalità della ferita deve divenire dura e callosa come l'intestino, affinchè non sia offesa dall'uscire che fanno gli escrementi, cioè, che essa deve cicatrizzarsi, perchè essa non è suscettiva di verun'altra specie di guarigione. Le diverse pratiche che si mettono in uso per distruggere le fistole di cui si tratta non tendono che a confondere il loro tragitto con la margine dell'ano, e ad aumentare quest'apertura in tutta la profondità del seno che esse offrono. Questo è lo scopo che dobbiamo proporci, qualunque sia il metodo che ponghiamo in uso per arrivarci.

Pareo senza dubbio praticava l'incisione egualmente che quelli che lo hanno preceduto, perchè non parla della maniera colla quale eseguiva questa operazione. Questo abile pratico la Pareo consi- consiglia per le fistole leggere e superficiali; egli preferisce la

legatura per quelle che sono profonde e complicate. Guillemau è del medesimo parere. Egli trova preferibile la legatura perchè si fa senza effusione di sangue, laddove l' incisione può dare origine a gravi emorragie. La situazione ch' ei prescrive è diversa da quella che era conosciuta avanti lui. Egli vuole che il malato sia curvo sulla sponda del letto, colle gambe e le coscie molto slargate, e i piedi pendenti a terra. Sculteto vuole che stia giacente sul ventre. Descrive parecchi processi secondo i quali si possono incidere le fistole. Il primo consiste nel servirsi d' un siringotomo, istromento che Dionis riguarda male a proposito come di una nuova invenzione, poichè risale fino a Galeno. È questo un bisturino la cui forma è simile a quella di una falce, e che è terminata da uno specillo flessibile, e per lo più appuntato alla sua estremità. S' introduce dal di fuori al di dentro, e riconducendo la punta dello specillo, che precede la sua parte tagliente, col dito introdotto nel retto, si continua a spingerlo in avanti fino a che la fistola sia interamente tagliata.

glia parimente l'incisione.

Sculteto raccomanda il siringotomo.

Il secondo processo ha molta relazione con questo. Il coltello col quale si eseguisce è fatto come il siringotomo; ma la lama ne è coperta da una custodia di metallo. S' introduce nella fistola colla sua custodia, la quale non si leva che quando il bisturino sia giunto dirimpetto le carni che deve tagliare. Ma Scultero giudica che non vi è miglior processo di quello di servirsi del bisturino erniario, di cui attribuisce l' invenzione a Bessier, membro del Collegio di chirurgia di Parigi, e che non è altra cosa che un bisturino ordinario montato sopra un manico e terminato con una vite la quale entra e si avvita ad una delle estremità dello specillo d' argento flessibile, al quale si unisce. L' uso di questo istromento è lo stesso di quello dei primi. Essi incidono i tegumenti che coprono la fistola.

Del bisturino reale.

Il metodo che conviene adoperare è più semplice di quelli de' quali è stato parlato. Il malato essendo giacente sul suo letto come per ricevere un lavativo, s'introduce una tenta scannellata, sottile, e flessibile nell' orifizio esterno della fistola, e nel medesimo tempo s' introduce un dito nel retto. Quando l' estremità della tenta è giunta presso le tuniche di questo intestino, si cerca l' orifizio interno della fistola, si attraversa, e si riconduce la tenta per l' ano, dopo di che si fa passare la punta d' un bisturino lungo la sua scannellatura, e si tagliano i tegumenti da un capo all' altro della fistola. Non resta di fare altro che medicare il malato, il che si fa con un

Maniera più semplice d' incidere.

lucignolo di filaccica che s' introduce nel retto con pinzette ad anello, facendole passare lungo il dito e dal lato opposto alla fistola, per timore di ammaccare la ferita e di cagionare dolore. Finalmente si fa entrare il lucignolo fra gli orli dell' incisione che deve riempire, e si copre il rimanente della ferita con filaccica e con compresse, che si tengono ferme mediante una fasciatura a T.

Attenzione nell' uso del lucignolo.

Una delle più importanti circostanze di questa operazione è l' attenzione di collocare il lucignolo in modo che allontani gli orli dell' incisione e che ne riempia il vuoto. Se vi si mancasse, vi sarebbe da temere che la ferita non si riunisse come una ferita semplice, e che la fistola rimanesse nello stato in cui era avanti. Io ho avuto questo dispiacere. Aveva operata una donna, la fistola della quale, situata indietro e molto vicina al coccige, si trovava molto lontana dall' ano. Questa donna era stata prima di me assistita da parecchie persone, le quali avevano inutilmente adoperati diversi processi per guarirla. Io credetti dovermi attenere al metodo dell' incisione, dal quale mi ripromettèva l' esito più felice. Una malattia che mi sopravvenne mi obbligò di affidare la cura ad un mio alunno. Restai molto maravigliato nel sentire che dopo cinque giorni gli orli della ferita si erano riattaccati, e che non vi rimaneva che un solo luogo da cicatrizzare. Questo luogo era la fistola istessa che sussisteva, e che fui obbligato di fendere una seconda volta. Sentiva quanto era importante di prevenire l'agglutinamento della ferita per non allontanarne gli orli mediante il lucignolo introdotto nell' ano. Questa maniera di pensare mi è molto bene riuscita, e la malata è stata interamente liberata da una indisposizione più incomoda che pericolosa, ma che portava da lungo tempo.

Come bisogna procedere quando le fistole sieno strette o cieche ed interne.

Quando le fistole sieno sinuose e che non se ne può conoscere la direzione, bisogna allargarne l' apertura con un pezzo di spugna preparata, una tasta di radice di genziana, un trocisco escarotico, o ancora colla potassa concreta. Parimente quando sono della natura di quelle che si chiamano cieche ed interne, bisogna renderle complete facendovi un' apertura al difuori col bisturino, o coll' applicazione di un poco di potassa concreta, dopo di che si possono operare come le altre. Nulla è più facile che il conoscere il luogo della circonferenza dell' ano, al quale corrisponde il centro della fistola. Alcuni han consigliato di cercare l' orifizio dall' interno del retto, e d' introdurci uno specillo curvo perchè faccia una prominenza al difuori. È meglio portare successivamante il dito su gli orli

dell' ano. Il luogo ove il malato sentirà del dolore toccandolò e che presenterà una durezza più o meno profonda, è quello che corrisponde al centro della fistola, e sul quale conviene aprire. Il celebre G. L. Petit poneva nell' ano una tasta che vi lasciava stare per qualche ora per impedire che il pus non scolasse nel retto. Quando vi si era ammassato in gran quantità presentava una sensibile fluttuazione, che non permetteva di sbagliare nel conoscere la sede del male.

Il seguito delle medicature dopo l'incisione delle fistole stercoracee è lo stesso che quando si sono aperti i grandi ascessi dell' ano col metodo di Faget; con questa sola differenza che il primo apparecchio non può essere levato che dopo ventiquattr' ore, e che bisogna aspettare che la suppurazione sia interamente stabilita. Ne sarà parlato in seguito. Medicatura.

L' estirpazione è fra tutt' i metodi di operare le fistole stercoracee quella che i moderni hanno più generalmente adottata. Alcuni non parlano degli altri metodi, o se ne parlano lo fanno per incidenza. Non si sa a chi attribuirla. Petit, celebre chirurgo inglese non pensa che apparrenga a Guido di Chauliac. Bertrandi la fa risalire ad Aezio, che scriveva verso la fine del quinto secolo, o al principio del sesto: ma mi pare più antica. Celso vuole parlare certamente dell' estirpazione quando, dopo avere esposta la maniera di far la legatura delle fistole stercoracee, dice all' occasione di quelle che penetrano nel retto, e di quelle che presentano più seni: *Igitur in hoc genere, demisso specillo duobus lineis incidenda cutis est, ut media inter illas habenula tenuis admodum ejiciatur, ne protinus orae coeant, sitque locus aliquis lineamentis, quae quam paucissima super injicienda sunt, omniaque eodem modo facienda quae in abscessibus posita sunt.* Il senso di queste parole non è stato inteso che dall' autore del primo volume della Storia della chirurgia. Fabrizio d' Acquapendente crede poterle spiegare in due maniere. „ Può esser, dice questo autore, che l' intenzione di Celso sia che la fistola debba ingrandirsi all' esterno e all' interno dell' intestino, cosicchè rimanga fra i due orifizii una porzione della pelle, sotto la quale si possa introdurre una striscia di tela, che si opponga al troppo sollecito agglutinamento della ferita. Ma forse vuole pure che lungo la fistola si facciano due incisioni parallele, e che si conservi il lembo dei tegumenti ch' esse circoscrivono. Ninnin, che ci ha data una traduzione molto stimata della medicina di Celso, traduce questo pezzo nella seguente maniera. „
„ Si comincia dall' introdurre una tenta fino al fondo della fistola. Dipoi si fanno sulla pelle due incisioni parallele mol-

5. L'estirpazione.

Come hanno inteso il testo di Celso Fabrizio d'Acquapendente e Ninnin.

„ to vicine l'una all'altra perchè si possa mettere fra le due „ una piccola briglia che impedisca che gli orli si riuniscano „ subito, e che dia luogo ad introdurre delle filaccica nella „ ferita „. Senza dubbio il testo di Almenoveen è quello che ha ingannato Ninnin. Questo editore di Celso ha messa la parola *injiciatur* invece di *eijciatur*, il che cangia interamente il senso della frase, e la rende inintelligibile, invece di che sostituendo l'una all'altra si vede che il consiglio di Celso è di fare due incisioni parallele, cosicchè vi sia fra loro una striscia stretta la quale sia rigettata, portata via, estirpata per timore che la ferita non si riunisca troppo sollecitamente.

Ninnin è stato ingannato da Almenoveen.

In qual caso conviene l'estirpazione.

In qualunque maniera l'estirpazione non deve usarsi che per le fistole complicate, e che presentano delle durezze scirrose, profonde ed estese. Le difficoltà di traversare le loro sinuosità ed incontrare l'apertura per mezzo della quale esse comunicano con l'intestino, e quella di fendere le callosità che vi si trovano, devono far dare la preferenza al metodo di cui si tratta. Ma egli deve essere rigettato in tutti gli altri casi come doloroso, e capace di richiamare degli accidenti gravi, che non vi son da temere quando ci contentiamo di aprire le fistole col caustico, o di fenderle col mezzo della legatura o dell'incisione, che produce lo stesso effetto in una maniera meno dolorosa e meno lunga. Infatti l'estirpazione è spesso seguita da emorragie, da suppurazione, da diarrea e da un ristringimento considerabile all'ano, prodotto dalla perdita di sostanza che han sofferta gli orli di quest'apertura.

Suoi inconvenevoli.

Quando si è giudicata necessaria questa operazione bisogna prepararvi il malato con rimedii generali, e soprattutto con le purghe e con la dieta qualche giorno avanti, per timore che non senta troppo bisogno di andare al cesso, il che porrebbe nella necessità di levare il primo apparecchio anzi che la ferita fosse in piena suppurazione. Questa precauzione non è necessaria quando si pongono in uso i processi sopra descritti. Disposto così il malato, se gli fa dare un lavativo qualche ora prima di operare, e dopo avergli posta una fasciatura a T sostenuta da uno scapolare, dopo averlo fatto porre nella stessa situazione come per ricevere il lavativo, ed averlo fatto stare della stessa maniera, si opera come segue. Il chirurgo introduce nell'orifizio esterno della fistola l'estremità di una tenta d'argento flessibile e lunga da diciannove a ventun centimetri. Porta nel tempo stesso l'indice di una delle sue mani nel retto, a fine di dirigere la punta di questo istromento, col quale egli traversa l'orifizio interno della fistola, o di cui si serve per forare l'intestino, se questo orifizio è troppo difficile

Maniera d'operare.

a trovarsi. L' estremità della tenta è quindi tirata fuori dall'ano, e tanto si tira da questa parte, quanto si spinge dall' altra, fino a che la sua parte media si trovi nel tragitto fistoloso. Fatto ciò il chirurgo ravvicina i due capi della tenta, e fa un cerchio che abbraccia e solleva tutta la fistola; dopo di che termina l' operazione col mezzo di un bisturino col quale taglia e porta via tutto ciò che si è proposto di estirpare.

I pratici raccomandano di passare un dito su tutt' i punti della ferita, a fine di riconoscere se vi sieno rimaste durezze da distruggere. In questo caso vogliono che si prendano con un' uncino o con una pinzetta e che si portino via col bisturino o colle cesoie, o almeno che si facciano delle numerose scarificazioni se esse sono situate profondamente. Alcuni avvertono di non prendere le arterie per durezze callose, e dicono che si riconoscono alle loro pulsazioni. Quel che ho detto di sopra, sulle cause e sulla natura delle callosità che complicano qualche volta le fistole all' ano, mostra a qual punto sia inutile questa parte dell' operazione, la quale per lo più espone a funeste emorragie. Vogliono parimente che si faccia una incisione che cada perpendicolarmente sul grosso della natica dalla parte malata. Questa incisione è destinata a rendere più larga la ferita al suo ingresso che al suo fondo, e a facilitare lo scolo del pus: ma essa non è necessaria quando l'operazione è stata ben fatta, e che si è avuto attenzione di portar via più integumenti che parti interne.

Il sangue che somministra la ferita merita qualche volta la maggiore attenzione per l' abbondanza colla quale si versa. La profondità de' vasi che lo danno non permette sempre di conoscerne la sorgente. Allora bisogna passare il dito successivamente su tutt' i punti della superficie della ferita, e fissarlo su quello la di cui pressione sospende l' emorragia. Si applica dipoi uno stuello legato nel mezzo con un filo a più doppii, tuffato nell' acqua stittica, o nell' acqua alluminosa e spremuto fortemente. Questo stuello è sormontato da parecchi altri. Una faldella spalmata con sostanza grassa alla sua estremità, è introdotta nell' ano al di là della ferita e dal lato opposto, per scansare al malato il dolore che risulterebbe dell' attrito delle parti nuovamente incise. Questi primi pezzi d' apparecchio sono coperti e sostenuti da globi di filaccica delicate soprapposte con deligenza; e quando si giudica che sono in quantità bastevole, vi si appoggia sopra la palma della mano nel tempo che si tira fuori il filo del primo stuello, che si è lasciato passare fra le dita. Si pongono di sopra delle campresse bislunghe ed una fasciatura a T.

Essa espone a gravi emorragie.

Il sangue si porta qualche volta dal lato del retto.

Se il sangue è uscito con forza nel tempo dell' operazione, bisogna fare attenzione allo stato del malato ed osservare se si faccia qualche emorragia dalla parte del retto. Quando ciò avvenisse il malato diventa pallido e debole, le sue estremità si raffreddano, il suo polso è piccolo e concentrato, sente nel ventre un calore dolce e dei gorgogli ai quali non è accostumato, e il suo viso e le sue mani si coprono di un sudor freddo. Allora bisogna sollecitarsi a levare l' apparecchio per fare uscire il sangue che si è di già raccolto nel retto, e fermare l' emorragia in un modo più sicuro. Un piccol bottone di solfato di rame, applicato sulla imboccatura del vaso che dà il sangue è il miglior mezzo di cui ci possiamo servire.

Maniera di rimediarvi.

Mezzo adoprato da Levret.

Levret in un caso di questa specie prese una vescica di agnello estratta di fresco dal corpo dell' animale: vi aggiunse il sifone di uno schizzetto, che vi attaccò solidamente. Pose una legatura lenta tra il sifone e la vescica, ed introdusse appoco appoco questa vescica nell' ano del malato. Quando fu convenevolmente collocata, la riempì con un soffietto a doppio vento, che si trovò fra mano, e strinse la legatura, quando gli parve che la vescica fosse sufficientemente gonfiata, per trattenere l' aria nella vescica.

L' intenzione di Levret, quando adoperò questo mezzo singolare, che comprimeva egualmente tutta l' estensione delle pareti interne del retto, era di comprendere l' apertura per la quale usciva il sangue; e diffatti gli riuscì secondo il suo desiderio; perchè il malato essendo stato ventiquattro ore senza andare al cesso, l' emorragia si trovò totalmente fermata, e più non ricomparve.

Blegny l' aveva posto in uso per i prolassi del retto.

Quantunque Levret sia il primo che abbia posto in uso questo mezzo nel caso di cui qui si tratta, non si può dire che l' invenzione si debba totalmente a lui. Si trovò obbligato a far parte dell' onore a Blegny, il quale per rimediare al prolasso dell' ano v' introduceva una vescica di porcellino di latte, o il ventricolo o gozzo di una gallina indiana, e mediante un tubo riempiva queste vesciche d' aria. Lo scopo che si proponeva usando questo mezzo era di contenere la tunica interna del retto, di opporsi all' ingorgo del tessuto cellulare che s' unisce alla tunica muscolare da cui è coperta, e ristabilirne l' elaterio indebolito.

Il primo apparecchio non deve esser tolto se non quando la suppurazione è bene stabilita, perchè il lucignolo introdotto nel retto, e le filaccica applicate sul fondo della ferita si stacchino da se stesse. Se, come si è detto, sopravviene un' emorragia interna, o che il malato sia costretto di andare al cesso,

non è possibile dispensarsi di cavare il tutto più presto, a rischio di cagionare dei dolori al malato. Le medicature seguenti, simili a quelle che esigono gli ascessi all' ano ai quali si è fatta una incisione cruciale, consistono nell' introdurre ogni volta un lucignolo nel retto, e nel coprire il rimanente della ferita con pimacciuoli spalmati con medicamenti convenevoli allo stato del malato. Se sopravvenga diarrea, bisognerà contentarsi della cura ordinaria di pulizia, e si munirà l' interno della ferita con filaccica asciutte, ma si procurerà nel medesimo tempo di far cessare questi accidenti per mezzo del regime, dei purganti, degli assorbenti, dei vomitivi, e di tutti gli altri soccorsi appropriati a questa malattia. Pouteau avendo fatta l' operazione della fistola a un uomo di trent' anni, sopraggiunse una gangrena alla ferita, che l' obbligò di sospendere l' uso del lucignolo. Dopo la caduta dell' escara le carni divennero sì dolorose, che non fu possibile di più introdurre nulla nell' ano. Bisognò contentarsi di medicare il malato alla superficie. Non senza una qualche inquietudine gli accidenti si dissiparono ben presto, e in tre settimane questa gran piaga si trovò cicatrizzata affatto. Dopo quest' epoca Pouteau ha sempre seguito lo stesso metodo, che gli pare preferibile, perchè l'introduzione quotidiana del lucignolo può, secondo lui, lacerare i bottoni carnosi de' quali si riempie la ferita, e in conseguenza cagionare del dolore al malato, e ritardare la guarigione. Solamente quando la ferita è ripiena di carni e di vegetazioni fungose, introduce nel retto degli stuelli spalmati di unguento disseccante. Conviene che non ci è nulla da temere allora, nè dall' irritazione, nè dal laceramento della ferita, e che i disseccanti sono assolutamente necessarii per impedire il progresso dell' ipersarcosi.

Non si può dubitare che la guarigione non possa compirsi senza il soccorso del lucignolo. Io ho assistito parecchi malati su i quali non mi è stato possibile farne uso, perchè quasi tutti hanno avuto la diarrea dal momento dell' operazione fino al tempo in cui la ferita cominciava a chiudersi, e a tendere verso la cicatrice. Non ostante, questo pezzo d' apparecchio mi pare utile per condurre i medicamenti fino al fondo della ferita, per assorbire il pus che essa somministra, e soprattutto per impedire che le umidità stercoracee vi si portino, e per renderla callosa. Io non vedo altronde che essa ebbia gravi inconvenevoli; e se alcuni malati non possono sopportar l' incomodo che essa dà, il maggior numero non si avvede, per così dire, e non si lamenta che l' introduzione ne sia do-

lorosa. Del rimanente le osservazioni di Pouteau a ciò relative possono rassicurare i pratici contro i timori, che potrebbe ispirar loro l' impossibilità di servirsi di questo pezzo d' apparecchio. In caso che le carni si alzino troppo, saranno represse col nitrato di argento fuso. Se la perdita di sostanza è molto considerabile, e che le parti dall' intestino si ravvicinino troppo, s' insisterà sull' uso del lucignolo, che si procurerà di mantenere grosso fino al termine della cura, oppure invece di quello si porrà un pezzo di spugna preparata, o di radice di genziana, il cui gonfiamento preverrà il troppo gran ristringimento dell' ano. Questo accidente non è comune. Io so però che è accaduto ad un uomo conosciuto che dopo una operazione della fistola, che gli è stata fatta è già molto tempo, non poteva rendere i suoi escrementi se non con molta difficoltà, e che era obbligato di usare ogni volta delle iniezioni di olio per lubrificare il passaggio, ammollire le materie, e disporle a prendere una forma sottile e allungata.

Ciò che bisogna fare se l' orifizio della fistola è lungi dall'ano.

Se l' orifizio esterno della fistola fosse troppo lontano dall' ano, non si potrebbe operarla per la via dell' estirpazione senza portar via una gran quantità di carni, e senza cagionare una considerevole perdita dii sostanza. I pratici in questo caso han raccomandato di fendere e d' incidere la fistola presso all' ano, e di portarla via in seguito secondo il solito. Alcuni, sebbene forti partigiani del metodo dell' estirpazione, che riguardano come il più sicuro, e che lo consigliano escludendo tutti gli altri, credono nonostante che si potrebbe attenersi alla semplice incisione, purchè si avesse cura di scarificare le callosità che si trovano lungo il tragitto fistoloso o di distruggerle coi caustici. Fa meraviglia che non si sieno accorti della contraddizione nella quale cadono, poichè se l' incisione può bastare per la guarigione delle fistole le più considerabili e le più complicate, essa basta ancora per quella delle fistole più semplici. Quel che vi è di certo, e l'esperienza lo prova, si è che il più gran numero non esige altri soccorsi, e che esse guariscono facilmente per questo mezzo, che non porta seco alcuno degli accidenti che possono risultare della estirpazione.

Stabilire un cauterio prima d'operare le fistole antiche.

Quando le fistole stercoracee sono antiche, e che somministrano una suppurazione abbondevole, non se ne deve intraprendere la cùra che dopo aver fatto al malato un cauterio, per mezzo del quale gli umori, che avevano fissato il loro corso per questa via, possano eliminarsi; senza di che questi umori potrebbero gettarsi sulle parti interiori, e produrvi tutt' i disordini che nascono dalla soppressione degli scoli, che

l' abitudine, e forse anco la cattiva costituzione de' malati ha reso necessarii.

(Gli abili chirurghi hanno da lungo tempo abbandonato la maggior parte dei metodi, eccettuata l' incisione, per l' operazione della fistola all' ano. Hanno riconosciuto che l' uso delle supposte emplastiche è insufficiente; che l' impiego dei caustici espone alla distruzione d' un troppo gran numero di parti, e fa soffrire i malati per lungo tempo, prima che la loro guarigione sia assicurata. L' estirpazione è secondo essi un metodo barbaro, nella quale il chirurgo fa ai tessuti che sono in vicinanza del retto una ferita estesissima con perdita di sostanza, e che espone l' individuo ad emorragie abbondevoli e ribelli, a gravi infiammazioni, a suppurazioni e ad altri accidenti che mettono spesso la sua vita in pericolo. La legatura non è più adoperata che per quegli individui timidi troppo per sottomettersi all' incisione. Desault ha immaginato per eseguirla delle pinzette le cui branche rappresentano una tenaglia dilatatrice, aperta secondo la sua lunghezza. Questo istromento introdotto nel retto, e il filo di piombo nel tragitto fistoloso, il chirurgo prende l' estremità del filo colla tenaglia, e tirandolo fuori dell' ano a misura che ne introduce delle nuove porzioni nella fistola, termina facilmente l' operazione. Epilogo.

L' incisione della fistola all' ano è dunque oggi preferita con ragione a tutte le altre operazioni proposte per guarire questa malattia. Desault, a cui si devono tanti perfezionamenti utili in tutte le parti della chirurgia, si serviva del processo seguente per eseguirla. Una tenta scannellata era introdotta in tutto il tragitto fistoloso, assicurandosi col dito che la sua estremità sporgeva nel retto a traverso l' orifizio interno della fistola: una tenaglia di bosso unta convenevolmente era allora introdotta nell' intestino, e vi s' impegnava l' estremità della tenta in un foro, o in un pezzo di sughero che presentava alla sua sommità. Il chirurgo abbandonava a un ajutante l'altra estremità della tenta, e tenendo colla sinistra il manico della tenaglia, introduceva colla destra la lama d' un bisturino retto lungo la scannellatura del primo stromento, fino a che la punta si appoggiasse sulla estremità della tenaglia. Allora voltava il taglio della lama su quest' ultima, e divideva con un sol colpo tutto ciò che la separava dalla fistola. La tenaglia e la tenta erano quindi tirate fuori insieme, a fine di potersi avere la sicurezza che nessuna parte avesse scansato l' azione del bisturino. Metodo secondo il quale Desault faceva l'incisione.

Non è necessario d'incidere il retto in tutta l'estensione della sua denudazione.

Si è convenuto per lungo tempo che fosse indispensabile fendere l'intestino fino al luogo ove cessa la denudazione; ma questo precetto non è fondato sopra osservazioni esatte, e possiamo allontanarcene senza inconvenevole ogni volta che le tuniche dell'intestino sono spogliate fino ad un'altezza, alla quale sarebbe pericoloso di portare l'istromento tagliente. In questo caso le porzioni ondeggianti delle tuniche intestinali si applicano alle parti dalle quali si sono separate, contraggono con loro novelle adesioni, e la guarigione non è nè meno assicurata, nè meno solida di quando l'incisione siasi prolungata molto in alto. Si sa che nel caso in cui l'orifizio interno della fistola sia molto alto, oppure quando sia impossibile scoprirlo, si possono perforare le tuniche intestinali, e continuare l'operazione secondo il solito. Allora, quantunque si lasci intatta l'apertura interiore del tragitto fistoloso, ed una denudazione superiore più o meno estesa, nulla di meno il malato guarisce colla più gran facilità. Risulta da questi fatti che la parte veramente essenziale e fondamentale dell'operazione della fistola all'ano consiste nel fendere tutte le parti del retto abbracciata dagli sfinteri, e a prevenire così l'accumulo e il soggiorno delle materie fecali in quesro intestino. Allora non si fa più stravaso delle parti le più liquide di queste materie nel tessuto circolare circonvicino, e gli sforzi della natura riparano ben presto i disordini prodotti dalla malattia.

Processo di Larrey.

I Sigg. Ribes e Larrey han dimostrato che spesso le aperture fistolose, invece d'essere situate molto in alto come generalmente si crede, sono poste alla parte inferiore della sacca che forma il retto, prima d'impegnarsi fra gli sfinteri, e immediatamente sotto questi muscoli. Infatti in questo luogo più che altrove ordinariamente si accumulano i corpi estranei che traforano le tuniche dell'intestino. E se la denudazione si estende molto più in alto, questo fenomeno dipende dall'azione delle materie stravasate, le quali trovano minor resistenza a risalire nel tessuto cellurare lasso che è in vicinanza del retto, piuttosto che a scendere verso la pelle a traverso le lamine strette, e incrociate dalle fibre carnose che presenta il tessuto adiposo. In seguito di queste osservazioni molto importanri, Larrey ha da lungo tempo adottato il seguente processo per operare la fistola dell'ano. L'indice della sinistra introdotto nel retto, dirige l'estremità di uno specillo di argento ritorto verso il luogo di questo intestino, che corrisponde alla parte superiore degli sfinteri. Quando questo specillo è penetrato nell'intestino, ne piega inferiormente il bottone, e facendolo uscir dall'ano, fa entrare appoco appoco nella fistola il corpo dell'istromento che presenta una scannellatura poco profonda.

Su questo conduttore egli incide le parti. Dubois preferisce spesso a questo processo il bisturino curvo di Pott, di cui introduce il bottone nella fistola, e col quale la incide quando la sua estremità è ricondotta dall' ano mediante un dito posto nel retto.

La medicatura della ferita, senza ritardare la cicatrice deve favorire il corso della consolidazione del fondo della ferita verso il retto.

I chirurghi degli ultimi secoli hanno abusato evidentemente dello *zaffo* nella medicatura delle ferite che succedono all'operazione della fistola all'ano. Ma Pouteau è caduto in un eccesso contrario, volendo che si medicasse in superficie fin dai primi giorni. I chirurghi inglesi, che si limitano ad introdurre fra le labbra della ferita una pezza sfilata, che tirano fuori il terzo o il quarto giorno, cadono nello stesso errore del chirurgo di Lione. La presenza del lucignolo è utile, perchè riempie in parte l' intestino, e sostiene le labbra della ferita. È vantaggioso che il malato contragga l' abitudiue di rrattenere gli escrementi da una medicatura all' altra; affinchè l'apparecchio essendo smosso meno frequentemente, e la ferita restando più lungo tempo in riposo, il lavoro della natura ne sia meno sturbato. Una troppo gran quantità di fila ammassate nel retto, una pressione troppo forte esercitata sulle pareti di questo intestino determinano spesso dell' irritazione locale, dell' agitazione, dei bisogni fattizii di andare al cesso, o di orinare. Il chirurgo deve allora levar l' apparecchio ed applicarne uno più leggero, che abbia minori inconvenevoli. Il regime del malato sarà tale che la nutrizione non ne soffra, ma che le digestioni sieno facili, e gli escrementi di consistenza mediocre. Finalmente gli si prodigalizzeranno tutte le attenzioni che esigono gl' individui ai quali si fanno gravi operazioni).

Del tumore orinario.

Il tumore orinario (formato dall' accumulo dell' orina nella vescica) s' inalza alla parte inferiore, anteriore e media del ventre, sopra l' osso pube. La sua forma ordinaria è rotonda, e rappresenta molto bene la metà d'una sfera. La sua grossezza varia in maniera ch' essa non occupa che la metà inferiore dello spazio che è fra l' ombillico, e la parte inferiore del bacino, mentre in altre circostanze sale molto più alto, tanto da arrivare all' ombellico, ed anco oltrepassarlo. Vi sono casi nei quali il tumore prende una posizione obbliqua, e si porta o a destra, o a sinistra, il che non ha poco contribuito a far cadere in errore. Il colore della pelle non è cangiato.

Se non fosse accompagnato da un bisogno d' orinare, al quale il malato non può soddisfare, questi ne avrebbe poco incomodo. Pure vi sono degl' individui, ne' quali è sì doloroso o si tocchi, o nò, perchè preme le parti, che lo circondano, o perchè le pareti della sacca che ne è la sede sono fortemente distese, mentre l' altre non lo sono. Se, come accade per lo più, l' orina, la cui quantità è eccedente alla facoltà che ha la vescica di estendersi, si apre strada a traverso il collo di questo viscere, come per rigurgito, le persone che hanno un tumore orinario non si accorgono che accada qualche cosa di straordinario nel loro ventre, e possono portare questo tumore per più mesi, senza chiedere soccorso. Nel caso di cui parlo le orine sgorgano con un getto continuo, e i malati le rendono a volontà, mentre in altri escono a gocce, e involontariamente.

Orinare per rigorgo.

Questa circostanza ha qualche volta ingannato le persone dell' arte a segno da non far riconoscere la malattia da cui gli individui erano affetti, e da far prender loro per un ascesso il tumore che forma la vescica. Colot dice che ciò è più volte accaduto a suo tempo, e che questi pretesi ascessi sarebbero stati aperti, se non si fossero avvertiti i malati dell' errore, del quale andavano a rischio di divenire le vittime. Io sono stato consultato per una donna alla quale si proponeva di prender bagni, collo scopo di far risolvere un tumore che le era sopravvenuto dopo un parto laborioso, e che si credeva che avesse la sua sede all' utero. Questo tumore non era altra cosa che la vescica gonfiata dall' ammasso delle orine, poichè disparve sul momento con l' introduzione d' una siringa, e non era nato dubbio sulla sua natura, perchè da cinque o sei settimane che aveva cominciato a comparire, le orine uscivano a volontà, e in quantità ragionevole. Un uomo di età molto avanzata, ma di buona costituzione, sebbene poco magro, era in questo caso. Si curava per un tumore al ventre, che si diceva essere scirroso, e pel quale se gli facevano prendere bagni e docce d' acqua carica di solfuro di potassa. Mi fu facile il riconoscere che questo tumore preteso scirroso non era altra cosa che la vescica piena d' orina. La sua forma, il luogo che occupava, il poco sconcerto che il malato soffriva nella sua salute ne indicavano la natura. S' insisteva molto sulla facoltà, ch' egli aveva di orinare a volontà. Questa debole ragione non mi fece cangiar di parere, e l' introduzione d' una siringa ebbe il suo effetto ordinario.

Questo tumore ha dato

Una osservazione inserita in una tesi sostenuta nel 1777 sotto la presidenza del dott. Murray prova che la tumefazione della vescica può divenire tanto considerabile, da far cadere

anco in errori più gravi. Una donna delicata sentì tumefarsi il ventre senza causa apparente, e senza provare incomodi. Essa si credè gravida. Pure restò ben presto disingannata dalla rapidità colla quale il suo ventre continuò ad alzarsi, e per l'eccessiva infiltrazione che sopravvenne alle estremità inferiori. Questa infiltrazione si estese alle superiori ed al viso. La malata fu giudicata idropica, e fu fatto venire un chirurgo per fare la puntura. L' ondeggiare del liquido contenuto nel ventre era evidente. Si prescrissero alcuni diuretici prima di venire all' operazione. Nell' intervallo di questi rimedii la malata si lamentava della totale soppressione delle orine da tre giorni, accidente che ancora non aveva sofferto. Il ventre era renitente, e le vene eran gonfie per tutto.

luogo ad errori più gravi. Osserv. di Murray.

Fu creduto di dover siringare la malata prima di fare uso del *trequarti*. La maraviglia fu grande quando si videro uscire nove litri di orina, e il tumore appassirsi. Il giorno dopo la siringa portò fuori altri sei litri d' orina. L' anasarca che era puramente sintomatica, si dissipò. Furono fatte delle fomenta di acqua fredda che ristabilirono l' elaterio della vescica, cosicchè dopo avere estratto un litro e mezzo d' orina colla siringa, la malata poteva renderne una egual quantità spontaneamente, ed aiutandosi con le pressioni sulla regione della vescica. Il dottor Murray ha fatto delle ricerche per sapere se questa donna sia restata completamente guarita, ma sono state inutili.

Accidenti che determinàna la ritenzione d' urina.

Non è del tumore orinario come di quelli de' quali è stato precedentemente parlato. Le lacrime, la saliva, la bile ammassata nei loro canali escretori possono sopracaricarli per lungo tempo senza rompersi, senza eccitarvi una infiammazione, ed una suppurazione seguita dalla loro effusione nel tessuto cellulare vicino, la quale dà luogo ad ascessi e a fistole senza che neppure la salute del malato ne sia notabilmente sconcertata. La quantità di liquore che la vescica urinaria deve trasmettere fuori di sè è tale, che le funzioni di questo sacco non possono essere sospese senza che ne risultino grandi pericoli pel malato. Se le orine si fanno strada per rigurgito, durando questo stato la vescica perde il suo elaterio per sempre. Se non possono procurarsi una uscita all' esterno, rifluiscono nell' interno, cagionano una febbre *sui generis*, la quale è del più grave pericolo: o si fanno sulla vescica delle escare gangrenose, seguite da infiltrazione d' orina nel tessuto cellulare che la circonda, o di stravaso nel ventre, circostanze ambedue mortali. Finalmente se l' orina uscita dalla vescica è trattenuta al principio del canale dell' uretra, dove risiede qualche volta la causa del

male, essa fà crepare questo canale, e dà luogo ad ascessi urinarii e gangrenosi, le conseguenze dei quali sono sempre funeste. Bisogna dunque far cessare la pienezza della vescica, e prevenirne il ritorno con tutt' i mezzi conosciuti. Questi mezzi differiscono secondo la causa della ritenzione d'orina. Or essa può prodursi 1. dalla paralisia della vescica; 2. dall' infiammazione del suo collo; 3. da qualche corpo estraneo rinchiuso nella sua cavità; 4. dalla pressione che il collo di questo viscere soffre dalle parti adiacenti; 5. dalla tumefazione della prostata: 6. finalmente dal ristringimento dell'uretra. Io esporrò i processi operativi applicabili a ciascuna di queste cause.

La paralisia della vescica è frequente nei vecchi.

1. La ritenzione d'orina è spesso prodotta dalla paralisi della vescica. Questa malattia frequente presso le persone avanzate in età, nelle quali gli organi destinati all'escrezione delle orine perdono spesso il loro elaterio, può sopravvenire a tutte l'epoche della vita a quelli che han fatto qualche caduta sulla regione lombare, dal che ne è provenuta una commozione alla spina, o che si trovano sul finire d'una febbre di cattivo carattere. Essa avviene alle persone che sono poco attente a soddisfare al bisogno che hanno d'orinare; o che circostanze particolari, portano a trattenerlo per lungo tempo, ed a quelle che facendo uso tutto ad un tratto di una gran quantità di bevanda non si dan premura di restituirla.

La ritenzione d'orina che produce viene lentamente.

Presso i vecchi la specie di ritenzione d'orina di cui si tratta comincia lentamente. Comincia da una leggera difficoltà d'orinare, la quale aumenta da giorno a giorno fino a che l'escrezione delle orine viene interamente a mancare. Il tumore urinario che ne risulta si alza appoco appoco. Questo tumore non cagiona quasi veruno incomodo, cosicchè il malato, e quelli che dirigono la sua salute possono facilmente ingannarsi, perchè non tarda a riprendere la facoltà di orinare, e

O in un modo subitaneo.

ciò si fa per rigurgito. Nella maggior parte degli altri casi, e soprattutto quando la ritenzione d'orina sopravviene per inavvertenza del malato, questa ritenzione comincia in una maniera subitanea. La vescica si riempie e s'inalza tutto a un tratto. Il bisogno d'orinare porta a fare degli sforzi per soddisfarlo Il ventre si tende e diviene doloroso, e il desiderio di sollievo porta a cercare i soccorsi dell' arte.

Indicazione curativa.

Questa si limita a vuotare la vescica mediante una siringa che s'introduce in questo viscere. Questa introduzione non offre veruna difficoltà nel caso presente. Essa si fa più facilmente quando il malato è a giacere che quando è in piedi. Così dopo averlo fatto porre sulla sponda del suo letto in maniera che abbia la testa e il petto sollevato da guanciali, e le co-

sce e le gambe in flessione, affine che i muscoli del ventre sieno rilassati, si procede a questa leggera operazione.

Vi sono due maniere di siringare gli uomini, per ui sopra al ventre, e col colpo di maestro. Il primo è facile, più sicuro, e meno doloroso per il malato. Si prende la verga fra il pollice e l' indice della sinistra, e tenendo il padiglione della siringa fra le stesse dita della mano destra, se ne porta l'estremità bene unta nel canale dell' uretra, in modo che la concavità di questo istromento riguardi il ventre del malato. Si conduce fino alla radice della verga, facendola passare dolcemente nel tempo che si stira la verga sopra di lei. Quando vi si è giunto si abbassa nel medesimo tempo la verga, e il padiglione della siringa, allontanandolo dal ventre, affinchè il becco dell' istromento faccia un movimento, mediante il quale possa oltrepassare la porzione dell' uretra che è sotto l'angolo del pube, traversare la parte membranosa di questo canale, e penetrare fino nella vescica. Se si trova qualche resistenza si fa in modo di rialzare il becco della siringa per farla strisciare lungo la parte dell' uretra, che è opposta al *veru montanum*, e l' operazione si termina con facilità.

L' altra maniera di siringare differisce dalla precedente in questo, che la convessità della siringa guarda il ventre del malato, e dopo averla condotta fino alla radice della verga si è obbligato di far fare un mezzo giro all' istromento e alla verga verso l' inguine destro; si abbassa quindi l' una e l'altra nel medesimo tempo, e la cima della siringa entra nella vescica. Qualche volta ad oggetto di facilitarne l' introduzione si è obbligato di portare un dito nell'ano, a fine di dirigerla nel traversare la porzione membranosa dell' uretra, e a traverso quella che è abbracciata dalla prostata.

Processo chiamato colpo di maestro.

Non si possono siringare le donne che quando sono giacenti. Questa operazione è più facile presso loro che presso gli uomini, perchè esse hanno il canale dell' uretra più corto, e quasi retto. Dopo avere leggermente allontanate le grandi e le piccole ali delle pudende per iscoprire il meato urinario, vi si introduce l'estremità della siringa, e si spinge questo istromento in avanti fino a che entri nella vescica.

Maniera di siringare le donne.

Nell'uno e nell'altro sesso ne siamo avertiti dal difetto di resistenza, e dallo sgorgo dell' orina che esce dalla siringa, e che vuota interamente la vescica. Ma ciò non basta: bisogna che essa si riempia di nuovo, e per conseguenza bisogna lasciarvi la siringa. Alcuni credono che sia meglio introdurla ogni volta che il malato ha bisogno d'orinare; ma questo bisogno si rinuova tanto spesso, che vi sarebbe da temere che il canale dell' uretra non

Segni che annunziano che l' istromento è penetrato.

nella vescica. si defatigasse, o che il chirurgo non potesse prestare al malato tutta l'assistenza, e con tanta assiduità quanto è necessario. La siringa si ferma con due nastri di filo, larghi quattro millimetri, che traversando gli anelli del suo padiglione, e passando sopra e sotto a ciascuna coscia, vengono a fermarsi ad una cintura. Se ne chiude l'apertura con un turacciolo di sughero o di bosso, perchè il malato non sia incomodato dall'uscita continua delle orine; finalmente si attacca al padiglione di questo istromento una linguetta di panno, lungo la quale questo fluido cola nel vaso destinato a riceverlo. Se la malattia ha durato qualche tempo, che la regione della vescica sia dolorosa, e che vi sia febbre, si fa cavar sangue dal braccio, e in tutt'i casi si prescrivono delle bevande diluenti e leggermente diuretiche, si vuotano gl'intestini con lavativi, e si regola il regime del malato in una maniera relativa alla situazione, nella quale si trova.

Bisogna lasciarvi la siringa.

Maniera di fermarla.

Le cose rimangono per maggiore o per minor tempo in questo stato. Se le orine escono dalla siringa con un getto rapido e che vada a qualche distanza, se si osservi che ne passi fra la siringa e l'uretra, è un segno che la vescica ha ripreso il suo elaterio, e che può votarsi senza soccorso estraneo. In questo caso si leva la siringa, e il malato appoco appoco si restituisce alle sue occupazioni, e alla sua consueta maniera di vivere. Se le orine non escono che dalla siringa, e che il getto ne sia lento, la presenza di questo istromento è sempre necessaria, nè si potrebbe levarlo senza esporre la vescica a riempirsi di nuovo, e a perdere il poco elaterio che essa aveva ripreso. Pure non si può lasciarla più di dodici o quindici giorni. Vi sono delle persone, le orine delle quali sono talmente cariche di mucosità e di materie arenacee, che questo istromento non tarderebbe a incrostarsi se non si avesse l'attenzione di cavarlo di tempo in tempo per ripulirlo. In altre la pressione che esercita sulla parte dell'uretra che corrisponde alla radice della verga avanti allo scroto, richiama in questo luogo una infiammazione gangrenosa che dà luogo alla formazione d'un'escara della larghezza di una moneta di due franchi, e quindi ad una apertura con perdita di sostanza, la quale rimane fistolosa per tutta la vita. Per evitare questo inconvenevole, e rendere la presenza della siringa meno incomoda G. L. Petit aveva immaginato di farne costruire di quelle, che avessero una doppia curvatura, e la forma delle quali fosse simile a quella di un S. Queste siringhe riuscivano benissimo. Esse cagionavano minori dolori delle siringhe ordinarie, che non hanno che una sola curvatura: era più facile di dirigere

Segni che la vescica ha ripreso il suo elaterio.

Bisogna cavare e pulire la siringa di tempo in tempo.

La pressione che esercita può far nascere una escara.

Siringa in S di G. L. Petit.

il padiglione verso l'apertura del vaso che deve ricevere l'orina, ed erano meno sottoposte ad uscire dal loro posto; ma nocevano sempre a cagione della loro solidità.

Le siringhe flessibili sono migliori per tutt'i conti. Van-Helmont dice di aver pensato a farne di cuoio, ma è molto dubbioso se egli abbia messa ad esecuzione questa sua idea. Fabrizio d'Acquapendente parla di siringhe fatte di corno che sono più flessibili di quelle di metallo; se ne son fatte dipoi con filo d'argento schiacciato, e avvolto in spirale. Tolet ne ha vedute a Parigi nel 1680. Non ne conosce l'inventore; e trova solamente che queste siringhe sono più difficili a introdursi dell'altre, che lasciano trasudare continuamente le orine, e che se è necessario di portar delle iniezioni nella vescica, col loro mezzo non vi si può riuscire. Ma queste ragioni non sono quelle che le hanno fatte rigettare. Si temeva che la pelle sottile di cui si solevano ricoprire non si staccasse, e che venendo a lacerarsi non lasciasse scoperta la spirale d'argento e non le permettesse di slargarsi e ferire la membrana interna dell'uretra ed anco rompersi. Io ho veduto un chirurgo molto intelligente, che voleva fare uso di questa specie di siringhe per un malato la cui vescica aveva totalmente perduto il suo elaterio. Cominciava per coprire la siringa con una striscia di carta pecora che vi faceva un giro e mezzo, ed era incollata con colla forte. Su questa carta pecora avvolgeva in spirale con molto pazienza della seta storta; sopra la quale passava un pezzo di cera scaldata al fuoco a fine di fermarla e riempirne gl'intervalli. Così preparata la siringa era girata fra le dita, e bene eguagliata. Fatto ciò la tuffava nell'empiastro di Nuremberga fuso, di cui aveva ripieno un vaso di latta; la lasciava sgocciolare, la ragguagliava con un coltello, e la girava fra le mani per renderne la superficie unita. Erano già due anni e mezzo che il chirurgo di cui parlo faceva portare questa specie di siringa al suo malato. Rimaneva nella vescica per quattro o cinque giorni senza soffrire alterazione. Ogni volta che la mutava faceva delle iniezioni nell'uretra per portar fuori le mucosità. Il malato eseguiva con facilità tutt'i moti possibili. Non solo poteva facilmente cangiar di posto nel suo letto, ma si levava, camminava, andava in carrozza. Dopo che ne faceva uso la sua salute si era ristabilita, ed erasi dissipata la magrezza nella quale era caduto da che portava delle siringhe solide.

Si ottengono gli stessi vantaggi colle nuove siringhe flessibili immaginate da Bernard, orefice che aveva consacrato il suo lavoro al servizio dei chirurghi, dei quali fabbricava gli

Siringhe flessibili di cuoio proposte da Van-Helmont; di corno da Acquapendente; di filo d'argento schiacciato nel 1680. Loro inconvenevoli.

Siringhe dette di gom.

ma elastica. stromenti che si costruiscono in oro o in argento, e che da qualche tempo si era limitato alla fabbrica delle siringhe delle quali si tratta. Esse sono fatte con un tessuto di seta molto fitto, cucito nella sua lunghezza sopra una spina, e coperto con strato d'olio di lino cotto. Queste siringhe riuniscono la solidità alla flessibilità, e al più bel pulimento; cosicchè possono stare lungo tempo nella vescica senza che i malati ne sieno incomodati, e senza che a queste avvenga una sensibile alterazione. Io ne ho lasciate per quindici giorni, e non differivano in nulla dalle siringhe nuove, se non in quanto avevano perduto un poco del loro pulimento.

È vario il tempo in cui la vescica riprende il suo elaterio. Qualche volta va a 100 giorni.

Il tempo in cui la vescica riacquista la sua facoltà di contrarsi varia molto. Quando la malattia è accidentale e subitanea non è rara cosa vedersi dissipare in pochi giorni. Quando è venuta in una maniera lenta, dura pel solito sei settimane. Pure non bisognerebbe disperare della malattia se durasse di più. Ho veduto dei malati che han portato la siringa per novanta giorni e più, e che si sono perfettamente ristabiliti. Quando si presume che le orine possono uscir da per sè si toglie questo stromento, colla precauzione di bene osservare lo stato del malato. Se è lento ad orinare, se è obbligato a soddisfare spesso a questo bisogno, se soffre un senso di gravezza sul collo della vescica, questo viscere non ha ripreso il suo elaterio totalmente, e la siringa è tuttavia necessaria. Mi è accaduto più volte di consigliarne l'uso per la notte solamente a persone che orinavano passabilmente bene nella giornata, e che nella notte risentivano gl' incomodi sopra indicati. Il successo è stato completo.

Ciò che va fatto se non si ristabilisce.

Quando passano più di cento giorni, senza che le orine riprendano il loro corso ordinario si può asserire che l'elaterio della vescica è perduto per sempre. Non rimane allora altro compenso che far portare continuaramente una siringa flessibile al malato, o fargli prendere l'abitudine di siringarsi da sè stesso. Si è veduto un uomo noto portare una siringa in uno stuccio, per servirsene ogni volta che aveva bisogno di orinare. Parecchie persone che ho assistito si sono trovate nel caso istesso.

Segni della ritenzione d'orina cagionata dall' infiammazione

2. La ritenzione d'orina può essere cagionata dall' infiammazione del collo della vescica. Questa malattia si annunzia coi sintomi i più pressanti. Al bisogno di orinare, agli sforzi che questo bisogno obbliga si uniscono la tumefazione della vescica al di sopra del pube, il dolore profondo di questo viscere, e di tutte le parti adiacenti, la febbre, le nausee, i vomiti, l'odore urinoso della bocca e quello del sudore, la difficoltà di

respiro, i moti convulsivi, la morte. Vi si rimedia con gli antiflogistici, come i salassi, le bevande diluenti e rilassanti, i lavativi, i semicupi, i calmanti, e soprattutto coll' introduzione della siringa. Quella, di cui conviene servirsi in questo caso deve essere sottile, a fine di passare più facilmente pel collo della vescica. Se non si può farla penetrare e che gli accidenti aumentino, siccome non si può sperare che le orine escano per rigurgito, o che si facciano strada in qualche altra maniera, non resta altro compenso che quello di procurarne l'uscita colla puntura.

del collo della vescica. Mezzi di guarigione. Se non riescono bisogna venire alla puntura.

Ai tempi di Dionis si faceva questa operazione con una specie di scalpello stretto, appuntato e lungo undici in quattordici centimetri, che si faceva penetrare nella vescica cominciando accanto al *rafe*, al luogo ove finiva l' incisione nel grande apparecchio. L' uscita delle orine faceva conoscere che si era giunto nella vescica. S' introduceva allora lungo il bisturino una tenta diritta, e col soccorso di questa una cannella che si lasciava tanto tempo quanto era necessario, colla precauzione di fissarla mediante alcuni nastri passati negli anelli de' quali era munita alla sua parte più larga, e di chiuderne l' apertura con uno stuello di fila. Pure alcuni cominciavano dall' incidere il perineo mediante un catetere introdotto nell' uretra tanto avanti quanto era possibile; e dopo avere aperto questo condotto portavano un *gorgeret* o doccia lungo il catetere fino nella vescica, e su questa doccia una cannella, che lasciavano al posto. Questo processo più metodico del primo non doveva riuscire che ne' casi ne' quali il ristringimento del collo della vescica era poco considerabile, e ne' quali l' introduzione della tenta era ancora possibile, e quindi era meno utile. L'altro forando il canale dell' uretra in più luoghi, ed aprendo una strada alle orine a traverso la prostata, aumentava l' infiammazione da cui era attaccato questo corpo glandulare, e rendeva la malattia, se non mortale, almeno molto più difficile alla guarigione. Oggi la puntura della vescica si pratica in tre luoghi diversi; alla parte laterale del perineo, sopra al pube, e a traverso il retto.

Processo proposto da Dionis.

Oggi la puntura si fa in tre luoghi.

Dionis pare il primo ad avere pensato che si potesse aprir la vescica del lato del perineo, al luogo ove fra Giacomo praticava l' operazione della pietra. Egli giudicava che operando in tal guisa si farebbe soffrire minor dolore al malato, perchè non si apriva l' uretra, e non si offendeva il collo della vescica; ma voleva che si adoperasse lo stesso processo che per la puntura in mezzo al perineo; cioè che prima si facesse penetrare uno scalpello stretto che permettesse d' introdurre una tenta, e in seguito una cannella. Era ben semplice sostituire

Al perineo.

Juncker il primo ha suggerito il trequarti

un trequarti di convenevole lunghezza a quest' imbarazzanti stromenti. Questo è ciò che ha suggerito Juncker nel 1721, e ciò che attualmente si pratica.

Processo

Per fare questa operazione il malato deve essere collocato, e tenuto come se si volesse operarlo per la pietra. Un aiutante intelligente appoggia la mano sinistra sulla regione della vescica, al di sopra del pube, per fare abbassare questo viscere nel piccol bacino, e colla destra solleva lo scroto. Frattanto il chirurgo assiso o inginocchiato avanti il malato pone l' indice della sinistra sul lato del perineo fra l'uretra e la branca dell' ischio a ventisette millimetri almeno al di sopra dell'ano, e prendendo un trequarti il cui punteruolo e la cannella abbiano dodici centimetri di lunghezza, lo fa entrare nella vescica, senza dargli altra inclinazione che di portar leggermente il manico verso il *rafe* perchè la sua punta si allontani in fuori, e non vada a traversare la prostata. L' attenzione nell' alzare ed abbassare il manico di questo stromento non può esser mai troppa. Se si tiene soverchiamente alto si corre rischio di portarne la punta fra il retto e la vescica. Se è abbassato, questa punta passa fra la prostata e il pube. Bisogna dunque condurlo in una direzione perfettamente orizzontale. Alcuni suggeriscono d' introdurre l' indice della sinistra nel retto per allontanare questo intestino; ma è più utile di appoggiare questo dito sul luogo del perineo che si vuole forare, per tenere tesa questa parte, e per dirigere con maggior sicurezza la punta del trequarti.

Alcune gocciole di orina che escono lungo la cannella del trequarti, e il difetto di resistenza indicano che l'istromento sia giunto in vescica. Allora bisogna lasciare di spingerlo più avanti, e ritirarne il punteruolo, dopo aver preso il padiglione della cannella colle dita della mano sinistra. Le orine sgorgano, la cannella vien fissata con ligature, e chiusa con una specie di tasta, se si giudica convenevole, e il malato è riposto nel suo letto che è stato prima guarnito con lenzuoli raddoppiati. Forse l' operazione che descriviamo sarebbe più sicura se si cominciasse dal fare una incisione profonda al perineo, come nell'apparecchio laterale, e se non si facesse penetrare il trequarti in vescica che dopo essersi bene assicurati della sua posizione, ed avere riconosciuto la fluttuazione che essa presenta. Garengeot ha dato questo consiglio a Foubert, relativamente alla sua maniera di operare la pietra; e sarebbe egualmente applicabile in questo luogo.

Incidere il perineo prima di far la puntura.

Dopo fatta la

La puntura non rimediando che alla distensione della vescica, dopo averla fatta in qualsivoglia maniera, bisogna adope-

rarsi a combattere la causa che vi ha dato luogo, insistendo sugli antiflogistici, e ristabilire il più presto possibile il corso delle orine col mezzo di una tenta posta nelle vie urinarie naturali. Infatti se la ritenzione d' orina durasse per qualche tempo, vi sarebbe da temere che la presenza della cannella lasciata nella vescica, non richiamasse in tutta l' estensione del tragitto che essa percorre una infiammazione seguita da suppurazione, e da una leggera crosta gangrenosa, la di cui separazione ingrandendo il foro fatto dal trequarti, lascerebbe uscire le orine, e permetterebbe loro d' infiltrarsi nel tessuto cellulare. La maggiore utilità dell' incisione preliminare al perineo sarebbe di prevenire gli effetti di questa infeltrazione, dando una strada libera alle orine a misura che escono dalla vescica, e forse di dissipare più presto l' infiammazione di questo viscere e l' ingorgo sanguigno e quindi purulento, da cui sarebbe necessariamente seguita questa incisione. puntura bisogna combattere la malattia co' mezzi che vi convengono.

La puntura della vescica alla parte laterale del perineo ha questo di vantaggioso, che essa si fa in un luogo declive, dal quale la maggior parte delle orine possono facilmente sgorgare e che la vescica essendo naturalmente attaccata al pube per mezzo del suo ligamento anteriore, essa non può lasciare la cannella quando cessa di essere ripiena. Ma non abbiamo mai sicurezza del luogo che si è per forare, e l' operazione si fa in vicinanza della sede della malattia, che essa deve rendere più grave. Altronde essa è difficile e richiede molta destrezza e molte cognizioni anatomiche. Non è lo stesso della puntura che si pratica sopra al pube. Vantaggi della puntura al perineo.

L' idea di questa maniera di operare, che deriva dalla possibilità di estrarre la pietra dalla vescica coll' alto apparecchio, non si è presentata che dopo aver conosciuta questa maniera d' operare. Da principio si è adoperato per farla un trequarti retto, e senza dubbio lo stesso di cui si fa uso nell' idropisia ascite. Gl' inconvenevoli di questo processo han dovuto presentarsi a quelli che lo hanno posto in pratica. Se il trequarti è lungo, la sua cannella va a ferire la parete opposta della vescica. Essa vi produce una infiammazione seguita da un escara gangrenosa, la cui caduta permette alle orine di cadere nel ventre, o di passare nel retto, come Sharp l'ha osservato in un malato che non rendeva più orina per la cannella, e che morì per una specie di diarrea. Se il trequarti è corto, la vescica abbassandosi o restringendosi su sè medesima, lascia appoco appoco la cannella che diviene inutile, e bisogna ripetere la puntura. Qualunque precauzione si prenda per far penetrare il trequarti obbliquamente d' alto in basso, affinchè la cannella Puntura della vescica sopra il pube. Si è da prima adoperato un trequarti retto. Inconvenevoli

sia in qualche modo parallela all' asse della vescica, non si può impedire che l'uno o l'altro di questi avvenimenti non abbia luogo.

Trequarti curvo.

Per prevenirli non bisognava che sostituire al trequarti ordinario un trequarti curvo, la di cui cannella si portasse naturalmente nella direzione che conviene. Questo è ciò che ha fatto fra Cosimo autore del litotomo nascosto. Era stato immaginato prima di lui un trequarti di questa forma; ma la parte di tale istromento non era annessa a un fusto che si potesse tirar fuori dalla cannella quando questa era entrata nella vescica. Essa era fissata alla cannella di cui faceva parte, cosicchè bisognava tirar fuori l'istromento dopo che erano uscite le orine per timore che non rimanesse ferita la vescica. Quello di fra Cosimo è costrutto sopra migliori principii; il punteruolo lungo dodici centimetri in circa è chiuso in una cannella come quella del trequarti ordinario. La curva di questo istromento è una porzione di cerchio di diciotto centimetri e mezzo di diametro. Essa deve essere molto esatta, affinchè questo punteruolo possa liberamente uscire dalla sua cannella. È stata fatta una scannellatura sulla parte convessa del punteruolo, dal manico fino alla distanza di tre millimetri dalla base della sua punta, ed un foro alla cannella dirimpetto all' estremità di quella scannellatura, perchè le orine possano scorrere lungo il manico quando l'istromento è nella vescica, e così indicare che vi sia penetrato. Il padiglione della cannella è inclinato in maniera da applicarsi esattamente sul ventre, e guarnito di due anelli dai quali passano delle legacce destinate a tenerla ferma.

Processo di fra Cosimo.

Processo.

Per servirsi di questo istromento si fa giacere il malato sul lato destro del suo letto, colla testa e il petto un poco sollevato, e le cosce leggermente in flessione. Il chirurgo appoggia l'indice della mano sinistra sul luogo che deve forare, in modo che l'unghia di questo dito sia voltata verso il basso del ventre del malato; poi prendendo colla destra il trequarti in modo che la sua convessità guardi il petto, lo fa penetrare al basso, e in mezzo della linea alba, quaranta millimetri sopra il pube. Se forasse più alto, si esporrebbe a non ottenere tutto il vantaggio che si esige da questa operazione, perchè la vescica contraendosi lascerebbe facilmente la cannella; se più basso, durerebbe fatica a giungere nella vescica, la quale si alza perpendicolarmente dietro le ossa del pube, il che lascia un vuoto fra quella e questa. Quando per difetto di resistenza, e per l'uscita di qualche goccia d'orina si accorge che sia penetrato a sufficienza, prende il padiglione della can-

nella fra il pollice e il medio della man sinistra, e tira fuori il punteruolo colla destra perchè la vescica abbia luogo di vuotarsi, e la richiude con una tasta o stuello di tela. Rimesso nel letto il malato, è quindi curato come conviene. Si stura la cannella d'ora in ora perchè ne escano le orine, e si fa giacere il malato con precauzione sopra uno dei lati, coll'oggetto di favorire lo scolo delle orine.

Vantaggi. La puntura al di sopra del pube non è solamente più facile; essa è ancora meno dolorosa, e non espone ad aggravare la malattia che l'ha resa necessaria, perchè si fa in un luogo lontano dalla sede dell'infiammazione. Sì grandi vantaggi sono equilibrati da parecchi inconvenevoli. Essa si fa in un luogo che non presenta verun declivio, in modo che la vescica non si vuota tanto completamente quanto per la parte del perineo; e se la malattia esige che la cannella soggiorni per qualche tempo, il tragitto che essa percorre si allarga, e le orine hanno molto maggior facilità a infiltrarsi nel tessuto cellulare circonvicino.

Inconvenevoli.

Puntura a traverso il retto. La puntura a traverso il retto è esente da questo pericolo: essa permette alle orine di evacuarsi in totalità. Si fa molto lontano dal collo della vescica per non aumentare l'infiammazione, ed essa deve causare pochi dolori al malato, perchè la grossezza delle parti è più piccola che altrove. Ne siamo debitori a Fleurant di Lione. Questo chirurgo avendo osservato in un uomo di settanta anni che la vescica faceva un rilievo considerabile internamente al retto, si determinò a forarla in questo luogo invece di fare la puntura al perineo come si era proposto. Il trequarti di cui si servì era retto, e non differiva in nulla dal trequarti ordinario. Le orine escirono in totalità. Fu molto difficile fissare il padiglione della cannella che era fatta a becco di cucchiaio, e che non poteva esser fissato con legature. Pure Fleurant l'impegnò nell'ano e lo mantenne con compresse grosse, e con una fasciatura a T. L'uscita degli escrementi poteva sconcertare la cannella: il malato prevenuto avvertì il giorno dopo che sentivasi bisogno di andare al cesso: fu tenuta la cannella, liberandola un poco dall'ano, dopo di che fu riposta. Il malato fu sottoposto ad una severa dieta per ovviare a questo inconvenevole, che non durò che tre o quattro giorni, dopo di che le orine presero il loro corso naturale. Restò ben guarito.

Proposta da Fleurant.

Questa osservazione è del 1750. Due mesi dopo Fleurant ebbe occasione di operare nella stessa guisa un'altro uomo attaccato da iscuria, la quale non cedette nè ai mezzi antiflogistici, nè alla siringa: il successo, in quanto alla facilità di pun-

gere la vescica e di evacuare la totalità delle orine, fu lo stesso; ma il malato morì di questa malattia, che durava da lungo tempo. Fleurant riconobbe meglio questa seconda volta quanto era necessario avere un trequarti convenevole all'operazione di cui si tratta. Pensò che bisognava farne fare uno che fosse più lungo, che avesse una curvatura determinata, e la cui cannella avesse un padiglione disposto in maniera da non chiudere l'apertura dell'ano, e da collocarsi comodamente fra le natiche. Quello che fece eseguire aveva una qualche rassomiglianza con quello di cui si fa uso per la puntura sopra il pube; ma la curvatura era più grande. Nella tavola dove è rappresentato questo istromento; il becco di cucchiaio che ne forma il padiglione è voltato verso la concavità della curvatura, e questo è un errore che deve senza dubbio attribuirsi all'incisione. Se il becco di cucchiaio non fosse posto dal lato opposto, otterrebbesi male lo scopo al quale è destinato, che è di dirigere le orine verso il vaso destinato a riceverle.

Suo trequarti.

Processo

La maniera come si fa uso di questo istromento è molto semplice: il malato situato e tenuto fermo alla sponda del suo letto come se si volesse operarlo per la pietra, ed alzato lo scroto, il chirurgo introduce uno o due dita della mano sinistra nel retto, tanto quanto può più avanti per assicurarsi della pienezza della vescica, e per condurre l'estremità del trequarti sul luogo dove esso deve pungere. Questo istromento, il di cui fusto si è tirato verso dietro per dodici o quindici millimetri dentro la cannella, in maniera che il punteruolo vi sia rinchiuso, è introdotto nel retto; e quanto sia giunto a convenevole altezza, il chirurgo spinge il fusto nella cannella del trequarti, e punge il retto e la vescica. Allora cava fuori le dita della mano sinistra dall'ano, e prendendo la cannella col pollice e il medio di questa mano, ritira il punteruolo del trequarti colla destra, e permette alle orine di escir fuori. Non rimane da fare altro che fermare la cannella con nastri. Si può far di meno di chiudere l'apertura della cannella, poichè è facile porre sotto le natiche del malato un vaso che riceva le orine a misura che escono dalla vescica.

Di questa maniera Fleurant operò nel 1757 un uomo di cinquantasette anni, soggetto da parecchi anni ad ostinate ritenzioni di orine. Non avendolo potuto siringare si determinò, per suggerimento di Charmetton, di fargli la puntura a traverso il retto. Le orine uscirono con molta facilità; fu fissata la cannella con nastri che per davanti e per didietro andavano ad una cintura; e siccome questa cannella appoco appoco ricadeva, fu posta una fasciatura a T per meglio tratte-

nerla con delle compresse. Quando il malato aveva bisogno di andare al cesso si cavava questa fascia e si smuoveva un poco la cannella al di sopra dell' ano.

Il giorno dopo questa operazione il malato stette meglio. I mezzi ordinarii ristabilirono il corso naturale delle orine il terzo giorno, e il quarto si potè togliere la cannella. Dopo questo tempo non ne uscì che qualche gocciola dall' ano.

Io conosco pochi esempii del buon esito del processo di Fleurant: le Blanc dice di essersene servito una volta con buon esito. Si vede pure nelle transazioni filosofiche per l'anno 1776 che un uomo su di cui fu praticato guarì molto bene. Le orine hanno ripreso il loro corso naturale a capo sei giorni. Non già che questo modo di operare non abbia de' vantaggi molto grandi; ma generalmente è molto rara la necessità di fare la puntura alla vescica, Se qualche cosa potesse sconsigliare di farla a traverso il retto, sarebbe la difficoltà di giungere fino alla vescica colle dita per assicurare il corso del trequarti, e il timore di ferire le vescicherte seminali: pure siccome esse si allontanano molto l' una dall' altra alla loro parte superiore, non è facile l' offenderle se si porta la punta del trequarti bastantemente in alto. Senza questa precauzione la parte la più larga de' canali deferenti, e il luogo dove si ravvicinano non sarebbero immuni dall' azione di questo istromento.

3. La ritenzione d' orina può essere cagionata da corpi estranei racchiusi nella vescica. Grandissimo numero di corpi estranei possono trovarsi racchiusi nella vescica; delle pietre, dei vermi, del sangue, del pus, ec. Non si parlerà in questo luogo che della ritenzione di orina prodotta dalla presenza delle pietre, e dall' ammasso del sangue, perchè sono le più frequenti.

Ritenzione d' orina prodotta da corpi estranei fermati nella vescica.

Le pietre.

Una o più pietre situate nella vescica cagionano degl' incomodi, il prospetto de' quali sarà esposto a suo luogo. È raro che esse producano una ritenzione totale di orina. Questo caso se si presentasse sarebbe molto facile a conoscersi, rammentandosi quel che è detto avanti. Vi si rimedierebbe, e forse per lungo tempo, mediante l' introduzione della siringa, la quale scostando la pietra, potrebbe determinarla a portarsi verso il basso fondo della vescica, e rimanere in quel luogo. Gli esempii di malati, che dopo essere stati tormentati dalla presenza di questa sorta di corpi, hanno cessato di essere incomodati non sono rari. Si conosce la storia di quell' Ecclesia-

stico il quale siringato da un abile chirurgo, e trovandosi liberato da' dolori che soffriva, credette che questo chirurgo si fosse ingannato annunziandogli ch' egli aveva una pietra nella vescica, e che era nel caso di farsi operare. Morì due anni dopo per altra malattia, e lasciò al chirurgo il suo corpo perchè ne fosse fatta la sezione per di lui istruzione. Costui accettò questo straordinario legato, ed essendo stata aperta la vescica alla presenza di più testimonii, vi si trovò una pietra d' un grosso volume.

Il sangue.

Il sangue può cadere dalle reni nella vescica; può ammassarsi in questo sacco membranoso in virtù della lesione delle sue pareti, o della erosione della sua tunica interna. Se conserva la sua fluidità, esce quasi tanto facilmente, quanto le orine. Se siasi coogulato, i grumi che forma possono chiudere il collo della vescica, e dar luogo ad una ritenzione di orina tanto più funesta, in quanto che il fluido raccolto non può essere tirato fuori dall' introduzione della siringa: allora conviene provarne una il di cui calibro sia molto più grosso del solito. Se questo mezzo non riesce, bisogna aggiungere al padiglione della siringa uno schizzetto col quale si aspira il sangue e l' orina; questo processo è stato posto in uso col più gran successo in casi che parevano disperati.

Circostanze nelle quali la ritenzione d' orina é cagionata dalla pressione che le parti vicine esercitano sul collo della vescica.

4. La pressione che le parti vicine esercitano sul collo della vescica determinano qualche volta la ritenzione dell' orina. La matrice nel tempo della gravidanza fa qualche volta su questo collo, una pressione che incomoda o che sospende il corso delle orine. Le donne le rendono aggruppandosi sulle ginocchia e su i gomiti, posizione la quale fa sì che l' utero comprime meno, e con minor forza il collo della vescica. Alcune introducono un dito o due nella vagina, e rialzano l' utero, alcune sono obbligate di farsi siringare, soprattutto al momento del parto. Quando non si presentano altri ostacoli a questa operazione che la causa stessa della malattia, l' introduzione della siringa è poco difficile. Levret ne aveva fatte costruire alcune, le quali invece di essere forate con due aperture su i lati, erano aperte alla loro estremità, e si chiudevano con un bottone che era attaccato all' anima o stiletto di cui erano guarnite queste siringhe. Quando questo strumento era entrato nella vescica ritirava lo stilletto e il bottone, e lo rimetteva dopo che le orine erano uscite. In questa maniera la siringa formava un corpo solido, e senza asprezza, il quale non poteva ferire l'uretra. Egli aveva pure proposto delle siringhe che fossero schiacciate in vece di rotonde, come sono ordinariamente,

Siringhe schiacciate proposte

affinchè ne fosse più facile l'introduzione. Bell c'insegna che in Inghilterra sono tutte fatte di questa maniera. da Levret e usate in Inghilterra, nei casi in cui la matrice s'appoggia sulla vescica nel tempo della gravidanza.

Quando si presentano degli ostacoli, come quello che risulta dalla curvatura dell'uretra, o che questa curvatura sia l'effetto di una sorte di prolasso che hà luogo da lungo tempo, o che venga dalla pressione che abbia avuto luogo durante il travaglio, non si riesce ad estrarre le orine se non con una siringa construtta come quelle che abbiamo indicate, la quale deve essere introdotta di sopra al ventre, e facendo un mezzo giro che ne porti il padiglione in basso. Le emorroidi tumefatte, un grande ascesso stercoraceo o orinario che si estendesse verso il perineo, potrebbero fare una pressione che avrebbe avuto lo stesso effetto come quella dell'utero nelle gravide. Ogni altro tumore che si appoggiasse sul tragitto dell'uretra potrebbe del pari porre ostacolo al libero corso delle orine. Vi si rimedierebbe della stessa maniera.

5. La ritenzione di orina è spesso cagionata dalla tumefazione della prostata Quando questa tumefazione sia inflammatoria, la ritenzione di orina si annunzia con gli stessi sintomi che caratterizzano l'infiammazione del collo della vescica. Questa malattia termina qualche volta con un ascesso che si apre da se stesso, o del quale determina l'apertura l'introduzione della siringa, e il pus ne esce con le orine senza confondersi con queste. Alcuni hanno suggerito in quesso caso di fare un'apertura al perineo, e di fendere la prostata, come se si volesse estrarre una pietra dalla vescica. Questo mezzo potrebbe esser messo in uso se l'ascesso somministrasse una gran quantità di pus, se stesse lungo tempo a detergersi, e il malato cadesse nel marasmo. Procurando un esito libero alle orine ne preverrebbe il ristagno e l'alterazione, e darebbe la facilità di portare delle iniezioni convenevoli fino sulla sede del male; ma per l'ordinario le cose si ristabiliscono da se stesse, e non vi è l'obbligo di far correre al malato il rischio di una operazione tanto pericolosa. Ritenzione d'orina cagionata da tumefazione della prostrata Tumefazione inflammatoria.

La tumefazione della prostata che dà luogo alla ritenzione di orina è per lo più fungosa o scirrosa. Nel primo caso essa è molle, e non pare che sia prodotta che da un aumento più o meno considerabile del volume di questo corpo glanduloso. Nel secondo essa è dura e presenta un cangiamento distinto nella sua organizzazione. Spesso il corpo della prostata è malato, qualche volta non è patita che la parte di questa glandola alla quale si è dato il nome di ugola vescicale. Io ho veduto in parecchi casi questa ugola formare un tumore tondo Tumefazione fungosa o scirrosa. Questa è totale o parziale.

portato da uno stretto peduncolo ; la sua grossezza variava da quelle di un nocciuolo di ciliegia fino a quella d' una grossa noce. Quando ciò accade essa chiude il collo della vescica ; sul quale è tratta dall'onde delle orine , e si oppone al loro scolo.

L' introduzione del dito nell' ano fa facilmente conoscere se la prostata sia tumefatta, e se questo corpo sia molle o scirroso ; ma nessun segno indica in una maniera positiva la tumefazione dell' ugola vescicale.

La ritenzione di orina , alla quale dan luogo questi diversi stati della prostata, comincia da difficoltà di orinare , simili a quelle che sono prodotte per inerzia della vescica , e alle quali si rimedia coll' uso delle bevande leggermente diuretiche. Quando il male divenga più pressante , e che le orine non possano più uscire, non si può fare ammeno di siringare il malato. Questa operazione , quantunque facile in tutte le sue circostanze , non ha sempre l' esito desiderato. La siringa penetra tanto avanti quanto può andare, ma le orine non escono , perchè l' estremità di questo istromento s' impegna fra le pareti della prostata , o fra il collo della vescica e il tumore formato dall' ugola vescicale , e non giunge fino alla sede delle orine. Bisogna in questo caso fare uso di una siringa il di cui becco sia estremamente allungato. Se abbiamo la fortuna di estrarre le orine , si lascia nella vescica fino a che questo viscere abbia riacquistato il suo elaterio , e si opera in tutto come nella ritenzione di orina prodotta da paralisia. Se al contrario non si riesce a farle uscire , non rimane altro compenso che quello della puntura della vescica sopra al pube, e non altrove, per timore che la grossezza delle parti da traversare non si opponga al suo successo, se si praticasse al perineo o a traverso il retto. Questa risorsa non è che momentanea , ammeno che la vescica non riprenda il suo elaterio, o che non vi si possa introdurre una siringa per le vie ordinarie. Se ciò non avviene bisogna lasciare la cannella del trequarti. L' azione colla quale la natura cerca di liberarsi dai corpi estranei , il timore che non si formino delle incrostazioni all' interno e all' esterno della cannella , quello di non trovar facilmente la strada che conduce alla vescica , quando se ne è tirato fuori questo istromento , e che si vuole rimettere ; sono ostacoli che sembrano opporvisi. Pure io so che qualche volta si è giunto a fissare delle cannelle nella vescica. Collot cita due casi, ne' quali questo metodo gli è stato utile. Io trovo un esempio della sua riuscita nella tesi sostenuta sotto la presidenza del dott. Murray che ho precedentemente citata. Era stata fatta una incisione al di sopra del pube per avere maggiore facilità di portare

Questo male vuole delle siringhe, il cui becco sia molto allungato.

il trequarti nella vescica. La ferita s'infiammò, suppurò, si ristrinse e cicatrizzò; ma le orine non avendo potuto riprendere il loro corso per l'uretra, fu lasciata la cannella al posto. Era già un anno che le cose passavano in questo stato quando il corr. Murray vide il soggetto. Quest'uomo dell'età di sessanta anni godeva della miglior salute. Sturava la sua cannella ogni quattr' ore. La cicatrice della sua ferita era bella e senza rossore.

6° Il ristringimento dell'uretra è una delle cause le più comuni della ritenzione d'orina. Questa ritenzione accade sì spesso dopo le gonorree veneree, che si potrebbe credere che ne fosse sempre l'effetto. Pure alcuni dicono averla veduta sopraggiungere a persone che non avevano mai sofferto questo genere d'incomodo. Essa non comincia subito nel tempo dello scolo che vi ha dato luogo. Ordinariamente i malati non ne risentono i primi effetti che dopo un tempo più o meno lungo, e anco qualche anno dopo. La causa immediata non è ben conosciuta. L'opinione che ha invalso, esser cioè l'umore della gonorrea somministrato da ulcere che si formano nell'interno dell'uretra, ha fatto pensare che questo canale si riempisse di carni fungose, alle quali si è dato il nome di carnosità, o che fosse ristretto da cicatrici. Ma l'uretra è di rado ulcerata in questa malattia. L'umore che ne esce pare che non sia altra cosa che un'escrezione viziata di quello che lubrifica questo canale nello stato naturale, come quello che scola dalle narici nella coriza viene dalle glandule mucose, delle quali è guarnita la membrana pituitaria. Altronde alcune esatte osservazioni fatte al principio di questo secolo da Saviard, e ripetute dopo sopra un gran numero d'individui da G. L. Petit, Lafaye, e Bell provano che non si trovano quasi mai carnosità o cicatrici in quelli che hanno avuta la gonorrea. Bisogna adunque che il ristringimento che succede all'uretra venga dallo spasmo o dall'ingorgo delle pareti dell'uretra.

La ritenzione prodotta dal ristringimento dell'uretra è una conseguenza ordinaria della gonorrea. La sua causa immediata non è ben conosciuta

La ritenzione d'orina che produce questo ristringimento ha per ordinario un corso molto lento. I malati soffrono da principio una difficoltà d'orinare con diminuzione nel getto delle orine. Questa difficoltà, alla quale essi non fanno attenzione nel principio, è soprattutto notabile quando fanno degli eccessi nel bere o che siansi riscaldati con donne. Essa aumenta appoco appoco a misura che il getto dell'orina diventa di minor grossezza. Spesso questo getto è come biforcato. I bisogni d'orinare sono più frequenti. L'orina s'intorbida e prende cattivo odore. Essa depone un sedimento di color bianco tirante al grigio, finalmente il male fa de' progressi tali, che

Corso della malattia

quelli che ne sono affetti sono obbligati a chieder soccorso, senza di che cadrebbero in una ritenzione d' orina totale. Ordinariamente quest' ultimo avvenimento è preceduto da tumori al perineo, da fistole o da ascesso urinoso. Noi dobbiam dunque considerare la specie di ritenzione d' orina di cui si tratta sotto più aspetti diversi: *a.* quando essa non consiste che in una lentezza e in una difficoltà d' orinare più o meno grande; *b* quando siasi formato nel tempo stesso uno o più tumori al perineo; *c.* quando questi tumori si siano aperti e degenerati in fistole; *d.* quando sia sopraggiunto un grande ascesso; *e.* finalmente quando la stranguria sia completa.

Vi è lentezza nel-l' uscire delle orine. Questo caso esige l'uso delle candelette.

a. La lentezza colla quale le orine sgorgano, egualmente che la piccolezza e la biforcazione del getto che esse formano, mostrano a sufficienza che il calibro dell' uretra è diminuito, e che ha essenzialmente bisogno di essere allargato. Si soddisfa a questa indicazione col mezzo di corpi lunghi e sottili, conosciuti sotto il nome di candelette, che s' introducono appoco appoco, e di cui gradatamente si aumenta la grossezza fino a che il canale abbia riprese le sue dimensioni. Anticamente si facevano delle candelette di piombo, o di osso di balena, di corde di budello e di cera nella quale era tuffato un lucignolo di cottone. Presentemente si fanno di tela avvolta impregnata e coperta di sostanze emplastiche. Queste debbono essere preferite alle prime. Difatti le candelette di piombo hanno una durezza che rende difficile il sopportarle. Il desiderio di renderle in qualche modo flessibili, e forse anco quello di procurar loro una virtù analoga alla causa antecedente della malattia che si ha in mira di combattere, ha impegnato a fregarle col mercurio, che amalgamandosi col piombo gli toglie una parte della sua tenacità. Quando sono state preparate in questa maniera esse divengono fragili, il che espone i malati al pericolo di una operazione più penosa e più grave che non si creda, se la porzione della candeletta rotta sia ancora nell'uretra; o la necessità di farsi operare, se la porzione di questa candeletta si fermasse nella vescica, e che vi si formassero intorno delle concrezioni lapidee. Le candelette di balena non fanno correre gli stessi pericoli, ma sono egualmente dure, e lo sforzo che fanno per raddrizzarsi aumentano la pressione incomoda che esercitano sull' uretra. Le corde di budello hanno il vantaggio di gonfiarsi in virtù dell' umidità che trasuda da quel canale, e ciò è quel che le ha fatte adottare dai pratici più distinti. L'uso che ne ho fatto mi ha mostrato che sono difficili a introdursi e a tirarsi fuori, perchè non hanno solidità quando sono secche, e si gonfiano inegualmente nell' ure-

Inconvenevoli delle candelette di piombo.

Candelette di balena.

Candelette di corda di budello.

tra, della quale ammaccano e feriscono le pareti. Ledran vuole che s' involgano in una pezzetta coperta di sostanza emplastica in modo che formi come uno stuccio, e' Bell le consiglia preparate in questa maniera; il che le fa rientrare nella classe di quelle il di cui uso è il più generalmente adottato. Finalmente le candelette di cera distese sopra un lucignolo sono sottoposte ad ammollirsi o a rompersi, e in quest' ultimo caso è possibile che una porzione della cera si stacchi dal lucignolo e resti impegnata nell' uretra, o che s' introduca nella vescica, per divenirvi il nucleo di una pietra.

Candelette con lucignolo.

Le candelette emplastiche non hanno nessuno di questi inconvenevoli: si dà loro a volontà il grado di consistenza che si crede opportuno. Si potrebbero anco fare di qualità diverse, se avessero altre mire, che quella di allargare il canale. Ogni composizione d' empiastro è buona, purchè non sia troppo dura, e che non abbia una virtù astringente ed irritante. Sharp e Bell propongono il diachilon, al quale il primo aggiunge l' antimonio in polvere, e il mercurio liquefatto nel mele, e il secondo dell' olio e della cera. Queste sostanze essendo state fuse a parte si mescolano in un vaso piano; poi vi si tuffano dei pezzi di tela lunghi da ventotto a trentadue centimetri e larghi nove, per fare sei candelette; le quali si avvoltano e si svoltano: se non si caricano egualmente vi si stende dell' empiastro con una spatola di ferro calda; dopo di che si lasciano raffreddare e seccare. Non si tratta più che di tagliarle con un coltello e con una riga in istrisce larghe diciotto millimetri, dalle quali si taglia una piccola porzione angolare perchè le candelette sieno più sottili ad una delle loro estremità. Si avvolgono fra le dita e quindi sopra una tavola di marmo o di legno bene unito. (Finalmente è stato immaginato di fabbricare delle candelette sul modello delle siringhe dette di gomma elastica, dalle quali non differiscono se non che nell' avere queste un canale, laddove le prime sono piene in tutta la loro lunghezza. La gran flessibilità che presentano questi stromenti, e il bel pulimento della loro superficie ne hanno fatto diffondere l' uso rapidamente, e devono farle preferire alle altre ogni volta che si abbia per oggetto la dilatazione pura e semplice del canale dell' uretra).

Vantaggi delle candelette emplastiche.

Le candelette elastiche.

Quando si vuole introdurre una candeletta si fa giacere il malato sulla sponda del letto, o si fa stare in piedi avanti a sè, di maniera che i suoi ginocchi vengano ad appoggiarsi su quelli del chirurgo. Questo prende la verga colla sinistra come se volesse introdurre una siringa nella vescica, e fa entrare la candeletta che ha avuta l' attenzione di ungere ben bene con olio. Se essa penetra con difficoltà, la spinge piano

piano e con precauzione, e si ferma al primo ostacolo che incontra. La candeletta che eccede è tagliata con le cesoie a qualche distanza dal glande, e il rimanente rimane nell' uretra. Pei primi giorni conviene di non la lasciare che per poco tempo, per esempio per un' ora o una mezz' ora; affinchè il canale vi si abitui a poco a poco. Quindi si fa penetrare più avanti e si lascia stare per più tempo fino a che essa entri in tutta la sua lunghezza e che cessi di cagionare dolore. Allora si adoperano delle candelette più grosse. Quando siasi giunto a questo, bisogna pure legarle con un nastro di cotone, per timore che s' impegnino nell' uretra, o che si perdano nella vescica. Questo nastro, che si fissa alla grossa estremità delle candelette con un nodo semplice che corrisponda al mezzo della sua lunghezza, si annoda una altra volta alla distanza di trentasei o quaranta millimetri dall'apertura del glande; e questi due capi passati uno a destra l' altro a sinistra intorno alla verga, al di sopra del prepuzio, o fra il prepuzio e il glande, sono riuniti da un terzo nodo al di là della corona di questo corpo.

E di fissarle.

Non si può dire in una maniera precisa quanto tempo bisogna continuare l' uso delle candelette per assicurare la guarigione. Se esse sono state facili ad introdursi, che il malato abbia potuto tenerle dieci o dodici ore nelle ventiquattro, senza esserne incomodato, e che le orine cominciano ad uscire senza difficoltà, prontamente e con libertà, con grosso getto, è meno necessario insistere sul loro uso. Se al contrario il malato fosse stato lungo tempo ad abituarvisi e che le orine continuassero ad uscire con difficoltà, quest' uso deve prolungarsi per un tempo più lungo. La guarigione è rara prima del termine di tre o quattro mesi, ed anco non è quasi mai perfetta; cioè le persone che hanno avuto questo genere d' incomodo sono molto soggette a ricadere per poco che facciano qualche eccesso, e se non hanno la precauzione di passare di tempo in tempo una candeletta per conservare il buono effetto che hanno ottenuto, e per prevenire un nuovo restringimento dell' uretra. Qualche volta nel tempo della cura è necessario il far uso di bevande rilassanti e dolcificanti, di prescrivere dei bagni, e di sospendere l' uso delle candelette se esse danno troppo dolore, o che richiamino sopra uno dei testicoli una flussione che lo gonfi o lo renda sensibile.

Vi è tumore al perineo.

b. I tumori che si formano al perineo di coloro che hanno una ritenzione di orina prodotta da restringimento dell' uretra, sono il risultamento di una leggera crepatura che si è fatta alla pareti di questo canale, al di quà dell' ostacolo che si oppone al corso delle orine, e che permette loro d' infiltrarsi nel suo tessuto spugnoso o nella sostanza cellulare adiacente. Il

numero, la grossezza, la posizione di questi tumori sono diverse. Per lo più non ve ne è che un solo; qualche volta se ne trovano parecchi. Essi sono posti nella direzione dell'uretra, o paiono piantati sul corpo cavernoso, o sopra una delle sue radici. Nel principio essi hanno molta durezza, e cagionano poco dolore. Si ammolliscono in seguito, e diventano più o meno sensibili. Questi tumori finirebbero in ascessi, e si aprirebbero da sè stessi se non se ne arrestassero i progressi, e le orine che continuano a escire dall' uretra, passando a traverso l'apertura che vi si è fatta, renderebbero quest' apertura fistolosa. Non si può prevenire questo termine che coll'uso delle candelette che rendono al canale le dimensioni che esso ha perdute, stabiliscono la libertà del corso delle orine, il che impedisce che non continuino a deviare. Bisogna perciò che il male non sia molto avanzato e che le candelette possano essere introdotte con facilità. Se dura da lungo tempo, e che la sensibilità e il ristringimento dell'uretra si opponessero al passaggio de le candelette, la suppurazione e la crepatura dei tumori è inevitabile, ed il malato avrà una o più fistole orinarie.

c. Una crepatura, alcun poco più considerabile di quella di cui è stato parlato all'occasio e dei tumori duri che sopraggiungono qualche volta al perineo delle persone attaccate da ritenzione d'orina per ristringimento dell'uretra, dà luogo ad ascessi il corso dei quali è più o meno rapido. Questi ascessi cominciano con un tumore doloroso, che non cangia il colore della pelle, che offre poca resistenza, e al centro del quale si sente una fluttuazione profonda. La sede del tumore che occupa il perineo sotto lo scroto, il senso di calore che vi soffre il malato quando rende l'orina, la difficoltà colla quale questo fluido esce, quella che ha luogo precedentemente, fanno facilmente conoscere quale ne sia la natura. Quando la fluttuazione comincia ad essere sensibile non bisogna esitare a far penetrare un bisturino fino al centro del male, e ad aprir l'ascesso nella maggior parte della sua estensione, soprattutto in maniera che lo scolo che si deve fare per la ferita trovi indietro e in basso una facile pendenza. Se si tardasse a far ciò, potrebbero ammassarsi le orine e il pus in sì gran quantità, che ne risulterebbe un'ingorgo grangrenoso che si stenderebbe sotto lo scroto, e che scoprirebbe il corpo cavernoso e i testicoli mediante la caduta dell'escare che ne sarebbero la conseguenza. Sarà dunque bisogno prestare moltissima attenzione ad osservare i progressi della malattia per opporvisi a tempo. Alcune applicazioni emollienti e rilassanti possono favorire la maturazione dell'ascesso. Ne escono allora orine mescolate con

Vi è ascesso orinoso propriamente detto.

pus, e di un odore molto infetto. Si riempie la ferita con filaccica morbide, e nel rimanente la medicatura è la stessa come quella delle operazioni che qualche volta esigono le fistole orinarie complicate con callosità. Siccome la suppurazione è totalmente stabilita, e le orine continuano a uscire dalla crepatura dell' uretra, e quindi escono dalla ferita, questa medicatura deve essere rinnovata frequentemente nel primo tempo. Quando l' ascesso è sufficientemente sgorgato bisogna introdurre delle candelette nell' uretra per farne cessare il ristringimento. Se si possono farle arrivare fino dirimpetto alla ferita, vi si sostituirà una siringa d' argento a doppia curvatura, la quale è assai più facile a condursi nella vescica che non lo sarebbe una siringa flessibile preparata coll' olio di lino cotto col litargirio; e si permetterà alla ferita di cicatrizzarsi. Se al contrario si trascurasse l' uso delle candelette, o che non potessero introdursi sufficientemente avanti, il malato correrebbe rischio di rimanere con una fistola orinaria, che potrebbe tenere per tutto il corso della sua vita.

Gli ascessi di cui si è parlato si formano per lo più sotto lo scroto. Pure nulla impedisce che le orine non s' introducano di luogo in luogo sotto i tegumenti adiacenti, e che non si portino altrove a produrre ascessi di questa specie. Io ne ho veduti agl' inguini e avanti il pube, i quali non sono stati annunziati da veruna sensibile difficoltà d' orinare, e che non si sono conosciuti, fino a che sieno stati aperti, per la qualità del pus che ne è uscito, il quale ne ha fatto distinguere la natura. È impossibile che queste sorte di ascessi non abbiano un centro al perineo. Quando ciò abbia luogo, il chirurgo deve fare in questo luogo una contro-apertura, o che incida i tegumenti senza guida, o che si serva d' una grossa tenta bottonata, che introduce sotto i tegumenti, passando a traverso la ferita.

Quando gli ascessi al perineo sono di un volume considerabile, la Faye crede che non bisogni contentarsi di aprirli, e che sia necessario di portare una cannella nella vescica. Non dice come questa cannella deve esser posta; ma io ne ho veduto fare uso nella mia gioventù, e senza dubbio i pratici esercitati se ne servivano come quelli che io ho veduto operare. Essi la introducevano a traverso la crepatura dell' uretra, e dopo inciso il collo di questo viscere con un bisturino che facevano scorrere lungo la di lei scannellatura, se ne servivano per porre la cannella che vi lasciavano stare. La mira che essi avevano era facile a comprendersi. Essi volevano dare alla vescica la falicità di vuotarsi in totalità, e alla ferita quella di sgorgarsi; ma non è necessario di fare una

operazione così importante per giungere a questo scopo. Io ho aperto e fatto aprire una quantità di ascessi orinarii; li ho fatti medicare tutti come ho detto di sopra, e quando i malati sono stati docili, e che si sono adattati a tempo, e per una lunga durata, all'uso delle candelette, sono guariti completamente, e senza avere sofferti gravi accidenti. Se io devo credere alla mia esperienza gli ascessi orinarii non sono di alcun pericolo, ammeno che il male non abbia fatto molti progressi prima che il chirurgo sia stato consultato, e che i tegumenti del perineo e dello scroto non sieno in una disposizione molto prossima alla gangrena. Allora, dopo averli aperti, bisogna aspettare la formazione delle escare, che nulla può impedire, e favorirne la separazione con applicazioni untuose e rilassanti, medicare le ferite che risultano dalla loro separazione nella maniera la più semplice, ed anco con filaccica asciutte, e sostenere le forze del malato mediante un regime analettico, e l'uso della china in polvere in dose di parecchi grammi per giorno.

d. Lo stesso è delle fistole orinarie e di quelle stercoracee: esse sono la conseguenza degli ascessi che si formano in seguito di crepature all'uretra, o che questi ascessi sieno stati aperti, perchè contenevano molta orina e molto pus; o che si sieno lasciati aprire da per loro perchè ne contenevano poco. In quest'ultimo caso le fistole sono spesso molto lontane dalla crepatura che ha loro data origine. Se il tessuto cellulare, da cui è circondata l'uretra, si trovi floscio e che ceda con facilità, l'orina e il pus scorrono in tutte le direzioni possibili. Ciò fa sì che si trovino delle fistole orinarie al perineo, sullo scroto, alla piegatura degl'inguini, sulle natiche, all'interno delle cosce, e qualche volta ad uno dei lati del sacro. Esse differiscono in numero e in durezza. Qualche volta il loro tragitto è distinto da una corda che si estende dall'uretra al loro orifizio esterno. In altri casi si formano nella loro vicinanza delle callosità, che presentano molta renitenza e che confondono le une con le altre tutte le parti che occupano. Il pus che ne esce è sieroso, e quando il malato rende le sue orine egli soffre nel loro passaggio un senso di calore e d'irritazione, che lo avverte che una parte più o meno grande di questo fluido le attraversa, secondo che il ristringimento dell'uretra è più o meno considerabile. Non è cosa rara il vedere dei malati che rendono qualche volta tutte le loro orine dalle aperture fistolose che si sono formate al perineo e allo scroto, e presso i quali il canale destinato alla loro escrezione ne trasmette fuori pochissima quantità.

Vi è fistola.

Esse si aprono in luoghi più o meno lontani.

Si possono guarire coll' uso delle candelette. La malattia pervenuta a questo punto è più grave che in tutte le altre circostanze. Pure essa è essenzialmente la stessa, e può guarire con gli stessi mezzi, cioè coll' uso delle candelette. Non si tratta che impiegarvi pazienza e tempo, e soccorrervi con qualche mezzo accessorio, come i bagni locali fatti al *bidè*, le unzioni mercuriali usate come fondenti, e fatte solamente sul luogo affetto; perchè si deve supporre che il malato abbia un morbo venereo, o che non si sieno prese avanti le precauzioni le più sicure per guarirnelo. A misura che si ristabilisce il corso naturale delle orine, le callosità che complicano le fistole si fondono e si distruggono, perchè cessa d' agire su di loro la causa che le ha prodotte e che le mantiene. Finalmente quando il canale dell' uretra è interamente dilatato, gli orli della crepatura che vi si era fatta si ravvicinano e si riuniscono.

Qualche volta è necessario servirsi di siringhe flessibili. Per ottenere questo effetto è qualche volta necessario servirsi di siringhe flessibili che come le candelette allontanano e sostengono le pareti del canale, e che trasmettendo fuori le orine, impediscono che se ne introduca qualche goccia nell' apertura fistolosa interna, ed impediscano la sua consolidazione. Quando la malattia è terminata si rende ancor più necessario il mantenere l' uretra nello stato di dilatazione procuratole dalle candelette, che nel caso in cui il canale non si è ristretto senza alcun' alterazione delle sue pareti. Infatti si comprende che per poco che le orine trovassero ostacolo a percorrerlo, ch' esse agirebbero sulla cicatrice di questo canale, e non tarderebbero a riaprirla.

Casi che esigono che si faccia una operazione. Tutte le fistole orinarie non cedono alla cura semplice che abbiamo esposta. Ve ne sono di quelle prodotte da un tale ingorgo dell' uretra e complicate da tante callosità, che è impossibile farvi penetrare delle candelette. Le persone che hanno questo incomodo devono tenersi la loro infermità, ammeno che non diventi eccessiva, e che non le esponga al pericolo di morire. Se dunque le orine cessano di colare a traverso l'uretra per uscire totalmente dalle numerose aperture allo scroto o al perineo; se queste parti sono tumefatte e callose; se rendono del pus in abbondanza; se il malato ha dei continui stimoli di orinare; se è attaccato da febbre e da vigilie; se va dimagrando, bisogna tentare di ristabilirlo con una operazione grave, è vero, ma meno pericolosa della malattia, dalla quale è affetto.

Questa operazione consiste nel fendere le callosità esterne con una profonda incisione, e di una estensione proporzionata alla loro, e di portarne via una parte da un lato e dall' altro,

in maniera da fare una ferita con perdita di sostanza, che si copre delicatamente con delle filaccica, con compresse lunghe, e con una fascia a doppio T. Si medica questa ferita tanto spesso quanto è necessario; ed ogni volta che si scopre si ha l'attenzione di obbligare il malato a rendere le sue orine. Se si vede che escono più abbondantemente da una delle aperture che vengono a mettervi capo, più che da un' altra, s'introduce una candeletta in quest' apertura tanto avanti quanto si può. Quando al termine di qualche giorno si è sicuro che questa candeletta è arrivata fino nella vescica, vi si sostituisce una tenta scannellata, ottusa alla sua estremità, lungo la quale si conduce un bisturino convesso, affine d'incidere il tragitto fistoloso che questa tenta traversa in tutta la sua estensione, egualmente che la parte membranosa dell'uretra e il collo della vescica. Tratto fuori il bisturino, la medesima tenta serve a dirigere e introdurre una doccia o *gorgeret* fino in questo viscere. Non resta altro da fare che introdurre su questo istromento una cannella, che si lascia al posto per dirigere le orine all' esterno, e per impedire che non si spandano a traverso le callosità e i tragitti fistolosi che fan capo alla ferita. Ben presto mercè le semplici e delicate medicature si stabilisce la suppurazione in tutte le parti ingorgate, delle quali diminuisce il volume e la durezza. Le candelette divenute più facili a introdursi allargano appoco appoco l'uretra; e quando finalmente questo canale può ricevere una siringa ve se ne passa una, la quale penetrando nella vescica rende la cannella inutile e permette che la ferita cicatrizzi. Tal' è la condotta che bisogna tenere in questi casi spinosi, e della riuscita della quale si trova un esempio tanto particolarizzato quando istruttivo nel Trattato delle operazioni di Ledran.

Si è creduto per lungo tempo che ogni fistola orinaria esigesse che se ne aprisse il tragitto in tutta la sua estensione. Ma a che servirebbero le incisioni moltiplicate che esse esigerebbero, se ve ne fossero parecchie; e qual successo ripromettersi da una operazione, mediante la quale non si fosse sicuro di attaccare il principio del male? Qualunque sia il numero delle fistole che comunicano coll' uretra, esse non hanno dal lato di questo canale che un' apertura, della quale è impossibile conoscere la posizione, e che può trovarsi in un luogo inaccessibile alla portata dell'istromento. Se l'effetto della operazione di cui si tratta è di ravvivarle, e di farne suppurare gli orli, è evidente che spesso non si otterrebbe lo scopo propostosi, e che le fistole non tarderebbero a riprodursi, supponendo che potessero esser guarite per qualche tempo. Questo

avvenimento sarebbe anco più da temersi nel caso in cui le fistole orinarie dipendessero da una crepatura alla stessa vescica, come dicono di averla osservata G. L. Petit, e Bell. Ma siccome non hanno avuto occasione di esaminare questo genere di fistole colla sezione, e che hanno creduto riconoscerle allo scolo involontario delle orine, dal quale erano complicate, sarebbe possibile che si fossero ingannati, e che avessero preso per una fistola della vescica una fistola orinaria comune, accompagnata da incontinenza di orina.

Vi è obbliterazione totale del-l'uretra.

e. Il ristringimento dell'uretra portato all'eccesso dà sempre luogo alla formazione di ascessi della specie di quelli dei quali abbiamo parlato; e se il malato cade nella stranguria nel tempo che questi ascessi han bisogno di giungere a maturità, rimane prontamente sollevato dalla loro apertura. Pure qualche volta non accade nulla di simile, e la difficoltà di orinare degenera tutto ad un tratto in una completa ritenzione d'orina. Il malato fa in vano i più grandi sforzi per liberarsene, ma appena ne escono poche gocce. Pure la vescica si riempie e s'inalza sopra il pube, il ventre si tende e diviene doloroso, s'accende la febbre, s'infiamma il viso, si attacca la testa, e le circostanze divengono estremamente urgenti. Bisogna allora prontamente ricorrere ai mezzi antiflogistici. Il malato si salassa una o più volte, si pone nel bagno, gli si applicano sul ventre delle fomenta o delle unzioni rilassanti, gli si prescrivono delle bevande leggermente diuretiche, si applicano delle mignatte all'ano, e soprattutto si procura di passargli una siringa. Alcuni credono che riusciranno meglio quelle che hanno un diametro maggiore, perchè il becco di questo istromento allontana le pareti dell'uretra e a misura che va avanti fa un vuoto che permette d'inoltrarsi di più. Costa a me per esperienza dopo infiniti successi che le siringhe più sottili sono quelle che penetrano con più facilità, e perciò quelle di cui mi servo sono tanto sottili quanto è possibile. G. L. Petit ne aveva fatte costruire per questo oggetto alcune le quali invece di avere due aperture laterali alla loro estremità, eran forate in cima da un'apertura rotonda, chiusa da un bottone che è annesso allo stiletto o anima che si passa nell'interno. Quando queste siringhe sono giunte alla vescica si ritira il bottone perchè scorrano fuori le orine. Mediante questa ingegnosa cosrruzione non vi è da temere che il tessuto spugnoso dell'uretra entri, come fa negli occhi delle altre. Non si può dubitare che Petit non avesse effettivamente immaginate le siringhe di cui si tratta, poichè se ne attribuisce a lui l'invenzione. Pure esse erano conosciute avanti lui, e si tro-

vano rappresentate nel Franco, con questa sola differenza, che esse sono pure aperte lateralmente. Del resto il Franco ne raccomanda l'uso ne' casi di escrescenze, e di caruncole nella vescica.

Se la siringa non può essere introdotta in questo viscere, bisogna provare le candelette. Si vede spesso che l'irritazione che questi corpi producono sulle pareti dell'uretra eccita efficacemente l'azione della vescica, e la obbliga a spinger fuori le orine. Forse non agiscono in questo caso che, come in tutti gli altri, nei quali vi si ricorre; cioè allontanando le pareti dell'uretra, e procurando la dilatazione di questo canale. Comunque siasi, quando manca questo compenso, e che vi è luogo a temere che il malato muoia, rimane ancora il compenso, di pungere la vescica, aspettando che la calma si ristabilisca, e che le candelette possano essere adoperate con successo.

(Desault aveva detto che dopo molti tentativi inutili per far giungere una siringa fino nella vescica, o mediante un cateterismo ordinario, o per mezzo del colpo di maestro, o finalmente girando la siringa sopra sè stessa per farla agire come una specie di succhiello, un chirurgo tanto sicuro di sè stesso per non perdere mai di mira la disposizione del canale dell'uretra, e la direzione del becco della siringa, poteva, spingendo questa con forza, superare l'ostacolo, e penetrare fino all'organo. Dopo di lui è stata data molta estensione a questo precetto, e coll'intenzione di adempiere meglio lo scopo prefissosi, si sono fatte costruire delle siringhe, il becco delle quali presenta una forma conica più o meno acuta. Un autor moderno più versato nell'arte di scrivere che in quella d'operare, non ha neppure temuto di avanzare che è meglio fare una *falsa strada* colla siringa che praticare la puntura. Non ha fatto attenzione che conducendosi in questa ultima maniera si sa almeno quel che si fa, poichè si agisce secondo regole fisse su delle parti sane, e la disposizione delle quali è ben conosciuta; mentre che determinandosi a giungere in vescica per una falsa strada è impossibile di prevedere fino dove possa l'istromento deviare.

Una lunga esperienza ha provato al Sig. Dupuytren, che ammeno che non sia onninamente urgente di vuotare la vescica si può quasi costantemente riuscire coll'uso delle candelette di gomma elastica a ristabilire il corso delle orine. Il metodo di questo professore consiste nell'introdurre la candeletta fino a che essa sia semplicemente in contatto coll'ostacolo. La presenza del corpo estraneo non tarda a richiamare una secrezione

mucosa abbondevole, ed a determinare una specie di retrazione dei tessuti che formano l' obbliterazione o il ristringimento. Una volta che sia prodotto questo effetto, si rinnuova la candeletta, e si fa progredire un poco più avanti, e continua nella stessa maniera fino a che siasi ristabilita la continuità del canale; allora si passa una siringa. È cosa rara che ventiquattro, trentasei o quarantotto ore non bastino per ottenere il resultato che si desidera).

SEZIONE QUARTA

DE' PROCESSI OPERATIVI DI CUI SI FA USO NELLA CURA DEI TUMORI.

1. *Dei tumori infiammatorii con strangolamento.*

Effetti determinati dallo strangolamento sulle parti infiammate.

(Quando le parti del corpo sono compresse nel tempo delle loro infiammazioni, o quando degli ostacoli si oppongono che si tumefacciano e si estendano liberamente a misura che ricevono i liquidi che l' irritazione richiama nel loro tessuto; in queste circostanze, diciamo noi, gli accidenti che caratterizzano la flogosi diventano molto intensi, e terminano rapidamente colla gangrena o con la morte degli organi incarcerati. I tessuti che comprimono gli altri distesi da quelli, partecipano parimente degli effetti di questa pressione, e non è cosa rara vedere la malattia terminare colla mortificazione comune delle parti compresse e delle parti comprimenti. L' osservazione di questo fenomeno, sul quale il Sig. Dupuytren ha fissato il primo l' attenzione dei patologisti, è di una grande importanza nella pratica chirurgica. Gli strangolamenti di cui si tratta sono frequenti in occasione di ferite di armi da fuoco che hanno traversate delle membra contornate da forti aponevrosi: la flogosi del tessuto cellulare sotto-aponevrotico del cranio, in seguito di ferite alla testa, ne presenta numerosi esempii: finalmente l'infiammazione del tubo intestinale o dell'epiploon nelle ernie è il risultato dello strangolamento di questi organi, e da questa circostanza riceve un nuovo grado di violenza e di attività.

Circostanze principali, in cui si presenta questo fenomeno.

Indicazione generale per gli strangolamenti.

L' indicazione principale che i chirurghi devono adempire in tutt' i casi di strangolamento consiste nell' incidere le parti che comprimono le altre, e nel rendere con tale operazione a queste tutta la libertà di cui hanno bisogno. I processi che conviene porre in uso variano secondo la situazione e la natura delle malattie e delle parti affette; essi sono indicati nel-

le diverse parti della presente opera. Ma noi dobbiamo aggiugnere in questo luogo alcune considerazioni concernenti due specie di tumori infiammatorii, nei quali lo strangolamento fa la prima parte. Si tratta del foruncolo e dell'antrace.

Tumori infiammatorii, ove lo strangolamento è l'oggetto principale.

La pelle presenta alla sua faccia profonda una moltitudine di setti fibrosi che si staccano dal derma, e si uniscono al tessuto cellulare succutaneo. Questi setti circonscrivono spazii più o meno larghi che racchiudono un pezzetto di tessuto adiposo, e de' rami nervosi e vascolari, che vanno a svanire alla superficie libera dei tegumenti. Il foruncolo consiste nella infiammazione isolata di uno o di un piccol numero di questi pezzetti di tessuto adiposo. Il tumore che forma, su le prime duro, rotondo, circoscritto, dolorosissimo diviene incessantemente più rosso all'esterno; s'inalza in punta; s'apre la sua sommità bruna, e lascia scolare una piccola quantità di pus sieroso. Ben presto si presenta il follicolo espulso dagli sforzi della natura, e la cicatrice risulta dal ravvicinarsi al solito, molto sollecitamente le pareti del centro.

Del foruncolo.

La flogosi cominciando dal tessuto adiposo di cui è stato precedentemente parlato, tende a comunicargli maggior volume e ad estenderlo, nel tempo stesso che il setto fibroso che la contiene reagisce sopra di lei e la comprime. Da ciò risultano accidenti infiammatorii violentissimi, ed una rapida gangrena dell'uno e dell'altro organo.

Il foruncolo, quasi sempre sintomatico di una irritazione gastro, intestinale, richiede, su le prime come mezzi di cura le medicature proprie a distruggere questa irritazione. Se è poco considerabile, e che non produca che deboli accidenti, si può abbandonare a se stesso. In caso contrario, e soprattutto nelle donne, quando interviene una febbre violenta, l'agitazione, la vigilia, ed altri fenomeni gravi, bisogna incidere in croce la sua sommità. Questa leggera operazione determina una sanguigna locale salutare: essa rende ai tessuti incarcerati la loro libertà, e tutti gli accidenti si rendono più miti. Il follicolo esce immediatamente, e il tumore coperto con cataplasmi ammollienti è ben presto guarito.

Cura che richiede.

L'antrace non differisce dal foruncolo che per la sua estensione e per la moltiplicità dei pacchetti cellulosi che sono infiammati nello stesso tempo. Gli autori hanno distinte due specie d'antrace, l'una han chiamato *benigna*, e le altre hanno indicate col nome di *maligne*. Ma è evidente che confondevano sotto questa ultima denominazione la pustula maligna o il carbone pestilenziale.

Dell'antrace.

Siccome il foruncolo, l'antrace propriamente detto, sopravviene ordinariamente alle parti del corpo, ove la pelle è più grossa, ed ove i pacchetti cellulosi, l'infiammazione dei quali lo costituisce, sono i più sviluppati e più abbondanti; le natiche, la regione dorsale, la nuca, le pareti del torace, le spalle sono le parti che vi sono più soggette. Gli accidenti che distinguono l'apparizione dell'antrace, sono i più gravi a cagione delle parti che esso invade. Il tumore è di un rosso bruno duro, dolorosissimo; si fanno alla sua sommità molte piccole aperture, che lasciano escire la suppurazione, e che ben presto si confondono in una sola cavità, il cui fondo bigiccio è formato dalla riunione dei pacchetti cellulosi colpiti da mortificazione. Limitato al principio ad uno spazio circoscritto, l'antrace si estende frequentemente molto lungi, malgrado l'apertura del suo centro, e, preceduto da un rossore erisipelatoso delle parti che ha affette, mantiene la febbre, egualmente che tutti gli altri accidenti, e determina in un gran numero di casi la morte degl' individui se non si giunge a porre un termine ai suoi guasti.

Cura di questa malattia. Gli antichi ricoprivano ordinariamente l'antrace con sostanze grasse ed emplastiche; quando vi supponevano della malignità, non esitavano ad applicare dei caustici al suo centro. Questi mezzi, aiutati dall'amministrazione delle bevande stimolanti all'interno, erano più nocivi che utili, e il tumore non cessava d'ingrandirsi se non dopo di avere invaso una grande estensione di parti. I moderni conoscendo meglio la natura della malattia l'hanno combattuta con mezzi più razionali e più efficaci. Si è giunto a far retrocedere l'antrace al suo comparire, applicando un gran numero di sanguisughe intorno alla loro base, e lasciando per lungo tempo e abbondevolmente versar sangue dalle morsicature fatte da questi animali. Sono riusciti qualche volta i vescicanti, ma la loro azione ripercuziente potrebbe divenire pericolosa. Bisogna preferire a questi mezzi l'incisione in croce del tumore, di cui il Sig. Dupuytren ha dimostrato i vantaggi. Questa incisione deve estendersi a tutta la profondità dell'antrace, o oltrepassare i limiti della sua circonferenza. Se il tumore fosse voluminosissimo, bisognerebbe praticare una incisione secondo la lunghezza di ciascun lembo, in modo da formare una croce a otto rami. Alcune pressioni esercitate sul tumore faranno uscire dalle labbra delle incisioni del sangue, del pus, ed i follicoli che essa racchiude. Questa operazione è il mezzo il più potente che sia possibile di adoperare: essa permette al pus di già formato di evacuare le cellule che lo contenevano; essa fa cessare

la distensione dei setti fibrosi e la compressione dei tessuti infiammati; essa previene l'estensione della mortificazione, e limita la durata del travaglio necessario alla eliminazione delle escare. arresta i progressi della malattia, di cui diminuisce la lunghezza ed i pericoli. Bisogna ricorrere a questa ogni volta che l'antrace sia alquanto voluminoso. Si deve preferirla alle scarificazioni delle quali si solca il tumore, come pure alla incisione circolare raccomandata dal professore Lallement.

Le ferite che risultano dalle incisioni saranno medicate con pimacciuoli tuffati in una leggera decozione eccitante, il tumore dovrà essere ricoperto con un cataplasma ammolliente, e le medicature saranno moltiplicate a norma dell'abbondanza della suppurazione. Bisognerà continuare ad ogni medicatura, e fino a che non saranno perfettamente sgorgate le parti, le pressioni destinate a favorire l'uscita dei frammenti di tessuto cellulare grangrenoso. È inutile di aggiungere che si dovranno impiegare all'interno i mezzi i più idonei per rimediare allo stato d'imbarazzo ed irritazione del tubo intestinale).

2. *Dei tumori formati dal pus.*

Questi tumori portano il nome di ascessi. Il pus che li forma proviene per lo più da flemmone, da risipole, e da reumatismi che sono terminati per suppurazione. Qualche volta è depositato nel luogo che occupa per effetto di una crise che termina la febbre di cattivo carattere, o vi è portato dal proprio peso. Vi sono ascessi che sono formati dalla presenza di corpi estranei, o dall' effusione dei liquidi escrementizii usciti dai canali che li contengono; quindi gli ascessi sono flemmonosi, erisipelatosi, reumatici critici, o dipendenti da una delle ultime cause di cui ho parlato.

A. *Degli ascessi flemmonosi.*

La maniera di procedere alla cura di questi tumori varia secondo il luogo che occupano. Io esporrò adunque quella che conviene quando essi sono posti sotto i tegumenti, e quando hanno la loro sede nei diversi organi.

L'indicazione generale che presentano gli ascessi è di evacuare il pus che contengono mediante un'apertura fatta al luogo ove fanno più prominenza, e quanto è possibile nel luogo il più declive, affinchè il pus che deve continuare a scolare

Ascessi situati sotto i tegumenti.

dalle pareti del loro centro, si porti fuori con più facilità. Pure tutti quelli che sono situati sotto i tegumenti non devono essere aperti. Ve ne sono alcuni che è miglior partito abbandonare a loro stessi. La causa che li ha prodotti, allontanando il tessuto cellulare che è la sede d'ogni infiammazione, ha necessariamente assottigliata la pelle al luogo che le corrisponde. Il pus la solleva, la distende, e giunge a forarla; questo umore esce da una o da più aperture, la parte si sgorga, la tumefazione delle parti vicine si dissipa, le parti si riavvicinano, e il male guarisce. Non bisogna dunque facilitare la maturità di questa sorta di ascessi con applicazioni ammollienti e rilassanti, come i cataplasmi preparati colla farina di seme di lino, o colla midolla di pane cotto nell' acqua di malva o nel latte, o colla polpa di erbe ammollienti sola o fatta untuosa col miscuglio d' una sostanza grassa come il lardo o l' unguento basilico, o con diachilon gommoso. Quando il tumore sia aperto, s' insiste sopra uno di questi mezzi quanto tempo ciò sembra necessario.

Gli ascessi non devono aprirsi.

È stato sempre raccomandato di trattare gli ascessi che vengono al viso, al collo e alle mammelle delle donne come abbiamo detto, per evitare la deformità che risulterebbe dalla cicatrice se questi ascessi fossero aperti. Pure i successi quotidiani che si ottengono seguendo questa maniera d' agire, non hanno eglino impegnato ad applicarlo agli ascessi della stessa specie, come quelli delle ascelle, degl' inguini e quelli che vengono in qualunque parte del corpo, e che hanno la loro sede sotto i tegumenti? Io posso assicurare che essa riesce egualmente bene, e che la guarigione che essa procura è esente da ogni inconvenevole. Quindi io non aprirei più ascessi per flussione che quando sieno situati profondamente, o quando sieno sotto aponevrosi.

Quando sono situati profondamente o sotto le aponevrosi.

Questi non vengono mai tanto facilmente a maturità, e questa maturità deve essere procurata e favorita coll' uso più lungo dei topici che abbiamo indicati, e soprattutto con cataplasmi fatti colla polpa di erbe ammollienti, alle quali si aggiungono qualche volta le cipolle di giglio o delle cipolle comuni, del lievito, e qualche corpo grasso. Si riconoscono alla diminuzione dei sintomi dell' infiammazione che ha preceduto, all' ingorgo pastoso che s' inalza sul centro dell' ascesso, e alla fluttuazione che presenta. Quando appoggiando alternativamente le dita sopra diversi punti dell' ascesso essa si fa sentire in una maniera distinta, non bisogna esitare a provocare un esito al pus facendo una convenevole apertura. Quest' apertura deve esser praticata coll' istromento tagliente nel luogo

Maniera di farla.

ove il tumore fa la maggior protuberanza, e nel tempo stesso alla sua parte più declive secondo la direzione della parte sulla quale si opera, e di una estensione proporzionata alla quantità di umore ammassato e alla profondità del luogo che essa occupa; cioè che deve essere più grande quando l'ascesso è più considerabile, e che è situato più profondamente, e *viceversa*. Pure è cosa rara che debba avere più di quaranta millimetri di lunghezza qualunque sia la dimensione dell'ascesso che si vuole aprire. Essa sarà sempre bastantemente grande se il pus può evacuarsi facilmente. Nel caso in cui la forma o la grandezza del centro non permettesse di ottenere questo vantaggio da una sola apertura, bisognerebbe farne parecchie o trattenendo il pus coll'applicare una tasta di filaccica sulle prime, o introducendo un dito o due, o una tenta nel centro dell'ascesso per tener tesi i tegumenti nel luogo ove deve esser fatta la seconda.

Quest' apertura si faceva altre volte con una lancetta molto larga destinata a quest'uso, e chiamata lancettone. Si adopera al presente un bisturino che si fa entrare nel tumore col quale si taglia con più facilità. Se l'ascesso fosse in vicinanza di qualche grosso vaso, o di qualunque altra parte che bisognasse risparmiare, sarebbe cosa prudente l'immergere il bisturino in maniera che la costola di questo istromento fosse voltata verso il fondo del tumore, e che il suo taglio fosse voltato verso la parte dei tegumenti; e di condurlo come si farebbe servendosi di una lancetta, per timore che la resistenza che presenta la pelle alla sua azione non obbligasse ad appoggiare con troppa forza, e non esponesse a ferire le parti interne. In caso che l'apertura non si trovi tanto grande, è facile aumentarne estensione, portando l'indice di una mano al disotto di uno degli angoli della ferita per tener tesi i tegumenti, ed incidendo verso l'altro.

Aperto il tumore ne sgorga il pus. Non bisogna coprire la ferita nei primi istanti che con una pezzetta, e involgerla colla tela che era stata posta sotto per ricevere l'umore. Quando essa pare bastantemente sgorgata bisogna contentarsi di applicarvi sopra un cataplasma o un empiastro, ed introdurre nell'apertura una striscia di tela sfilata o un lucignolo di filaccica per servire di feltro al pus, e per impedire che gli orli di quest' apertura non si ravvicinino troppo presto. Le seguenti medicature sono quasi le stesse, se si eccettui che la striscia di tela, o il lucignolo di filaccica debbono esser unti con un poco d'unguento. Passati i primi giorni non si copre la ferita

che con un pimacciuolo asciutto, e con delle compresse che sono tenute a sito con qualche giro di fascia.

Ascessi del cervello

Non vi è dubbio che non si facciano qualche volta delle raccolte di pus nella grossezza o nelle cavità del cervello. Questi ascessi sono necessariamente mortali, perchè sono fuori della portata dei processi operativi. Non vi sono che quelli che occupano la superficie di questo viscere, che si formano in occasione di una ferita ai tegumenti e al cranio che ha scoperto il luogo ove risiedono, e che si potrebbero vuotare immergendovi la punta d'un bisturino. Ma quanto devono esser rare le occasioni nelle quali certe operazioni possono essere praticate! Quanta incertezza ne' segni che simili ascessi possono dare della loro presenza! Finalmente quanta prudenza vi bisognerebbe per non portare l'istromento che alla necessaria profondità, per evitare di offendere i vasi che serpeggiano fra le circonvoluzioni del cervello, e per così dire, alla sua superficie! È stato parlato di questi ascessi all'occasione delle ferite della testa che penetrano nell'interno del cranio, e non sono state dissimulate le difficoltà dell'operazione che si credeva potere esser loro applicata.

Ascessi degli occhi.

Son di più specie.

Una infiammazione violenta agli occhi può esser seguita da ascesso, il pus del quale occupa tutta la cavità interna di quest'organo, o è contenuto nel luogo destinato a ricevere l'umore aqueo, o nella grossezza della cornea. Quelli fra questi ascessi che risultano dalla totale fusione dell'occhio non hanno nome particolare; gli altri si conoscono sotto il nome d'ipopio o di unguis.

Grandi ascessi degli occhi. Loro segni.

I grandi ascessi si annunziano co' sintomi i più minaccianti, come dolore profondo all'occhio e in tutte le parti della testa, febbre ardente, grande agitazione, vigilia e delirio. Se vi si aggiungano delle pulsazioni distinte, se gli accidenti inflammatorii dopo essere giunti al più alto grado, si calmano senza diminuzione del volume dell'occhio, che si alza inegualmente in qualche punto della sua estensione; se sopravvengono de' brividi irregolari, e che alle pulsazioni succedano dei dolori, si può credere che si sia formato un ascesso, il pus del quale deve essere evacuato. Si sono veduti morire malati, perchè un timore mal fondato aveva trattenuto dal dare esito a questo pus; ed altri non hanno scansato il pericolo che li minacciava se non per essere spontaneamente scoppiato l'occhio, ed in conseguenza per essersi vuotato. Bisogna dunque farci un'apertura

Loro apertura.

tanto grande e tale che l'umore ne esca totalmente. Questa apertura si fa con un bisturino ordinario che s'immerge nella parte dell'occhio la più prominente; o se nulla determina ad

aprirlo in un luogo piuttosto che in un'altro, alla sua parte media inferiore sotto la cornea. L'occhio si appassisce, i dolori si calmano, la suppurazione diminuisce appoco appoco, la ferita si ristringe e si chiude; l'occhio ridotto ad un volume minore di quello che è naturale, diviene idoneo a sopportare un occhio di smalto il quale corregge la deformità di quest' organo. I mezzi che conviene adoperare per assicurare il successo dell'operazione che abbiamo descritta, si limitano a frequenti abluzioni di acqua tepida, e ad applicazioni su le prime ammollienti, in seguito risolventi e discuzienti, secondate da un regime convenevole adattato allo stato dell' infermo.

L'ipopio, o ascesso della camera anteriore dell' occhio si conosce ai segni seguenti. Si forma dietro la cornea una quantità di pus, il cui colore su le prime è bianco e quindi giallo, il quale occupa la parte inferiore del luogo ove è posto, e presenta l'apparenza d'una mezza luna la cui convessità è in basso, e le corna in alto. Questo pus aumenta appoco appoco; sale fino all'altezza delle pupille, e per quest' apertura penetra fra l'iride e il cristallino. Pure si vede rimanere bene spesso per più giorni e per più settimane di seguito nella stessa quantità. I moti della pupilla si fanno con minor libertà del solito, essa si richiude sempre più, la luce comincia a dar fastidio, la vista s' intorbida, e spesso il malato dura fatica a distinguere il giorno dalle tenebre. A questi mali si unisce una oftalmia più o meno forte; la cornea diviene opaca; essa fa una gran prominenza; si fanno sentire dei dolori pungenti e pulsativi all' occhio, e nella parte della testa che è affetta, e sopravviene una febbre sintomatica; pure questi ultimi accidenti sono molto rari. Ipopio. suoi segni.

Più il pus è abbondevole, più è acre, più il suo colore è giallo, più vi è da temere che si corroda l'iride e il resto dell' occhio di cui porterà la fusione, che trafora la cornea, e che lascia uno stafiloma, una fistola, un ristringimento alla pupilla, o che distrugge le aderenze del cristallino. Può anco accadere in un disordine così considerabile non solo che rimanga distrutta l'organizzazione dell' occhio ma ancora che il malato perda la vista per l' infiammazione delle meningi e del cervello. Suoi effetti.

Conseguenze non meno funeste dell' ipopio sono il cangiamento di colore che avviene qualche volta all' iride, in maniera che gli occhi non sono più simili l' uno all' altro, una grande diminuzione nella vista, e delle macchie alla cornea, le quali rendono il malato deforme.

Mezzi di guarigione. Topici. Si giunge qualche volta a dissipare l' umore, l' ammasso del quale forma questa malattia, mediante le applicazioni risolventi. De' guancialetti di serpillo, d'origano, d' issopo, di fiori di sambuco, di spigo, e di melissa, o lo zafferano cotti nel vino e applicati sull' occhio sono stati utili bene spesso. Si è trovato vantaggio a far ricevere il vapore che si inalza dalla decozione di queste sostanze, e dal porre sulle parti malate delle compresse in quelle inzuppate; ma bisogna avere attenzione di mantener calde queste compresse e questi sacchetti; e siccome ciò è difficile nel tempo della notte, vi si sostituiscono dei cataplasmi di polpa di mele acide, alle quali si aggiunge qualche grano di canfora o di zafferano, coll' avvertenza di disporre questi cataplasmi in modo che si appoggino lungi dagli orli dell' orbita, perchè pesino meno sull' occhio. Sono stati adoperati altri rimedii dello stesso genere, e con egual successo.

Processo meccanico di Giusto. Galeno parla di un mezzo di risolvere l' ipopio, che è puramente meccanico. Dice che a suo tempo un oculista chiamato Giusto guariva molti ipopii con delle scosse che dava alla testa. Poneva i malati sopra una cassa, e prendendo loro la testa dai lati la scoteva in maniera, che il pus scendeva e si portava verso la parte inferiore dell' occhio, d' onde non risaliva più.

Questo passo ha molto occupato le persone dell' arte, ed è stato interpetrato diversamente. Alcuni han dubitato della verità del fatto; altri han giudicato che Galeno era troppo laconico sopra un soggetto tanto importante, e che non si poteva concluder nulla da ciò che dice. Pure Eistero ha veduto che la materia sparsasi nell' occhio in seguito di una cateratta purulenta, si era dissipata mediante le scosse, alle quali fu esposto il malato in una carrozza durante un viaggio che fece poco tempo dopo. In conseguenza non dubita che il processo di Giusto non possa avere un buon successo, soprattutto se si abbia l' avvertenza di far giacere il malato riverso, e se si cominci con leggere frizioni sul globo dell' occhio. Mauchart faceva qualche cosa di simile. I suoi malati erano posti sulle sponde del letto, con la testa in fuori, e più bassa di tutto il rimanente del corpo: e quando erano così disposte le cose, faceva delle frizioni sulla parte inferiore dell'occhio, affine di far risalire il pus verso la pupilla, e di disporlo a passare nella camera posteriore, ov'era diluito ed assorbito dall' umore aqueo.

Apertura. Se non si può dissipare l' ipopio, e che gli accidenti sembrino minaccianti, bisogna dare esito al pus che lo forma in-

cidendo la cornea. Questa operazione è stata praticata da Galeno; che dice di avere qualche volta estratto molto pus con questo mezzo. Egli incideva alla parte inferiore della cornea trasparente, presso il luogo ove si congiunge con le altre tuniche dell' occhio. Il timore di vedere sgorgare col pus l' umore aqueo, e l' occhio appianarsi senza ritornare al suo stato, pare che abbia trattenuti quelli che lo hanno seguito; perchè nessuno ha parlato di aprire la cornea nel caso d'ipopio prima di Pareo; che ha avuto il coraggio di farlo a sua imitazione, e che ne ha ottenuto il buon esito di cui erasi lusingato. Guillemeau, presente a questa operazione, assicura che fu fatta con molta destrezza, quantunque allora Pareo avesse settantadue anni: egli stesso l' ha fatta dopo in due occasioni con gran sollievo dei malati, ai quali non è sopraggiunto veruno accidente.

Proposta e praticata da Galeno.

Da Pareo

Qualche tempo dopo Lazzaro Riviere hà richiamato il processo di Galeno, che dice essere poco usitato ai suoi giorni; ed esigere una gran destrezza per parte del chirurgo per timore che l' umore aqueo non se ne coli via. Rapporta altronde la storia di un chirurgo di Grenoble, che vedendo nell'occhio una sostanza bianca, che prese per il pus d' un ipopio, fece alla cornea una leggera incisione, dalla quale estrasse un grumo di sangue che era bianco all' esterno e rosso internamente. Si dissiparono in pochi giorni i dolori che erano prodotti dalla presenza di questo grumo; e il malato rimase perfettamente guarito, senza che la sua vista rimanesse per niente alterata.

Da Lazzaro Riviere.

Queste troppo succinte descrizioni darebbero poca luce sull'operazione che conviene all' ipopio, se più moderni operatori, come Nuck, Meeckren, Bidloo, ed altri che l' hanno praticata, non l'avessero fatta meglio conoscere. Woolhouse soprattutto se ne è particolarmente occupato. Non si trova esposta ne' suoi scritti, ma quelli che hanno assistito alle sue lezioni, che egli dava sulle malattie degli occhi, hanno conservato il suo processo: Il suo primo pensiero era di preparare gli strumenti necessarii. Meeckren aveva fatto costruire una specie di ago con un manico, largo, ben tagliente e che portava a qualche millimetro dalla sua punta una protuberanza in forma di sprone, la quale impedisse che penetrasse troppo avanti. Bidloo ne adoprava uno che aveva una punta allungata come un becco di uccello. Maitre-Jean e Saint Yves hanno proposto dipoi una lancetta ordinaria, armata di una striscia, la quale doveva avere lo stesso effetto che lo sprone, che si trova presso la punta dell' ago di Meeckren. Woolhouse preferiva un' i-

Processi usati dai moderni.

stromento di sua invenzione, al quale dava il nome di *pontuale.* Questo era un ago molto lungo, triangolare, curvo alla sua estremità, appuntato di maniera che la sua faccia convessa fosse schiacciata, e che uno degli angoli, più smussato degli angoli laterali, fosse alla sua faccia concava. Per maggior sicurezza vi aggiungeva un' altro ago della stessa forma ma schiacciato e non triangolare: delle cesoie ben taglienti; uno specillo scannellato ad una delle sue estremità, sul quale potessero essere condotte le cesoie, e guarnito dall' altro capo con una specie di cucchiajo allungato, un piccolo schizzetto, ed uno specillo smussato per tener sospesa la palpebra superiore.

Posto il malato sopra una sedia mediocremente alta, e tenuto ben fermo col dorso voltato alla luce, Woolhouse copriva l' occhio sano con una fascia, per timore che i suoi moti non facessero muovere l' occhio malato; poi faceva rialzare la palpebra superiore coll' uncino destinato a quest' uso; ed egli stesso abbassava l' inferiore. L' ago era immerso al basso della cornea, tre millimetri sotto la sua congiunzione colla sclerotica: gli dava un impulso assai forte perchè questo istromento potesse prevenire al fondo dell' ascesso, ed aveva l' avvertenza di presentarne la faccia convessa dal lato dell' iride, e la faccia concava dal lato della cornea. Quando giudicava aver forata la grossezza di questa membrana, cessava di spingere l' ago tanto fortemente per timore di ferire l' iride; e ne portava il taglio a destra e a sinistra coll' oggetto d' ingrandire l' apertura: il pus usciva coll' umore aqueo. Se trovava che l' esito non fosse libero introduceva nell' occhio un ago triangolare e schiacciato, oppure uno specillo scannellato, lungo il quale faceva passare le cesoie; e terminava in qualche caso con iniettare una piccola quantità di acqua tepida, colla quale diluiva il pus rimasto, e puliva interamente la camera anteriore dell' occhio.

Le attenzioni di Woolhouse non si limitavano a ciò solamente: egli aveva veduto qualche volta il cristallino avanzarsi a traverso la pupilla, e spingere in avanti l' iride. Egli tratteneva questo corpo col dorso del cucchiaio di cui era armato lo specillo. In altre circostanze il cristallino aveva interamente cambiato di posto, ed era venuto a collocarsi avanti all'iride. Woolhouse non esitava ad aumentare l' apertura fatta alla cornea per facilitarne l' estrazione. Finalmente se accadeva che l' iride priva del sostegno che le somministra l' umore aqueo, si abbassasse e che venisse a introdursi fra le labbra della ferita della cornea, la sollevava colla parte larga dello specillo, e riponeva al suo luogo questa parte membranacea.

Terminata l' operazione l' occhio era coperto con cotone cardato, sul quale era stata distesa una specie di schiuma che forma la chiara d' uovo sbattuta con acqua di rose e con solfato d' allumina, o con compresse inzuppate in un liquore mucillagginoso, al quale era aggiunto un poco di zafferano e di canfora, e che erano rinnovate tanto spesso da non avere il tempo di asciugarsi. Questi pezzi di apparecchio erano sostenuti mollemente in guisa che non potessero esercitare compressione: il malato era posto a letto, colla testa sollevata, giacente boccone, lungi dal rumore, e in modo da non essere esposto ad una luce troppo viva; e il suo regime era determinato secondo le circostanze.

La maniera di operare di Nuck, e di Bidloo e di altri era la stessa; essa non offriva veruna altra differenza che quella che risulta dagli stromenti de' quali si servivano. Questi pratici potevano adoperarli con molto vantaggio, ma pare che sarebbe molto più semplice il fare uso di uno di quegli aghi triangolari, montati sopra un manico, e posto sopra un fusto flessibile, di cui Daviel si serviva nell' operazione della cateratta. Questo ago, curvato al punto dove si crede necessario, dovrebbe esser portato sulla cornea al luogo stesso e colle stesse precauzioni come quello di Woolhouse; e la sua poca grossezza, la sua punta acuta, e la sua larghezza, che è assai grande, darebbero tutta la facilità possibile di aprire la cornea quanto fosse necessario.

Potrebbe accadere che il pus che forma l' ipopio si facesse strada da sè stesso e che forasse la cornea. Se l' apertura fosse molto grande e tale che potesse da essa scolare liberamente il pus non ci è altro da fare, che prestare al malato l' istessa assistenza come se fosse stato operato. Se fosse troppo stretta non si deve esitare ad ingrandirla mediante uno specillo scannellato e con le cesoie, supponendo che essa sia stata fatta convenevolmente, o fare un'altra apertura nel luogo ch' è stato disegnato. Woolhouse temeva che facendo così si aumentasse la disposizione inflammatoria dell'occhio senza impedire che il pus seguisse la strada che si era aperta spontaneamente: ma l' accidente di cui si tratta sarà meno l' effetto della incisione della cornea, la di cui sensibilità è mediocre, che della presenza del pus che cagiona irritazione sulle parti interne dell' occhio: e pare certo che questo liquore trovando più facilità a uscire dall' apertura fatta coll'istromento tagliente, cesserebbe di portarsi verso l' altra, che è più stretta e che non gli permette di uscire colla stessa libertà.

Nuck, Bidloo ed altri.

(È attualmente dimostrato per le sperienze dei più abili oculisti, come Scarpa e Demours, che l'incisione della cornea, nel caso d'ipopio è in generale una operazione nociva, e che rinnovando l'infiammazione dell'occhio aggrava gli accidenti invece di calmarli. Essa è altronde spesso seguita da un'ulcera alla cornea, con procidenza dell'iride, e determinata da qualche caso ancor più sventurato, la disorganizzazione cioè del globo dell'occhio. Ogni volta che la materia dell'ipopio non cagiona forti dolori, risultanti dalla distensione dell'occhio, bisogna lasciare agire la natura, aspettarsi tutto dai di lei sforzi, e limitarsi all'uso delle sostanze risolventi: l'individuo sarà tenuto ad una severa dieta; delle evacuazioni sanguigne e dei purganti ripetuti favoriranno l'azione assorbente dei vasi sull'ammasso purulento. Nei casi rari, ne' quali il pus riempiendo fuor di misura le cavità dell'occhio, diventasse indispensabile di porre un termine per mezzo della sua evacuazione all'infiammazione interna e ai dolori atroci che determina distendendo tutte le parti del globo; in questi casi, io ripeto, bisogna che il malato sia situato come per l'operazione della cateratta. Allora col coltello di Wenzel si farà una incisione alla cornea, la quale deve avere circa i due terzi dell'estensione di quella che si pratica per l'estrazione del cristallino. Evacuato che sia l'umore dell'ipopio, si procurerà di non affrettare questa evacuazione con pressioni essercitate sull'occhio, dalle quali bisogna anzi astenersi. La medicatura della parte sarà la stessa come quella susseguente all'operazione della cateratta. Quando il pus accumulato nella camera anteriore siasi fatto strada spontaneamente, la ferita della cornea richiede la stessa assistenza che le ulcere di questa membrana, delle quali è stato parlato nella sezione precedente).

Unguis. L'*unguis* o ammasso di pus, fra le lamine della cornea è chiamato così perchè ha la forma d'un'unghia. Esso differisce dall'ipopio per la sede ch'egli occupa, e dalle altre malattie degli occhi che hanno qualche somiglianza con lui, come il *pterigio*, sorta di escrescenza che nasce dalla caruncula lacrimale o solamente dalla congiuntiva, o dalle macchie della cornea, le quali sono inveterate, permanenti, senza dolore e ordinariamente senza gran rossore agli occhi, essendo l'unguis una malattia recente, dolorosa, accompagnata per lo più da oftalmia e da difficoltà di sopportar la luce. Si riconosce a questi segni, e al cangiamento di colore che avviene alla cornea, ora in una parte di questa membrana, ora in tutta la sua estensione, senza che comparisca più alta del solito.

Suoi segni.

Se il pus che forma l' unguis è in mediocre quantità, può dissiparsi da se stesso, o mediante qualche risolvente: ma se è abbondante, o che pecchi per acrimonia, rode la cornea esternamente e internamente, o da ambedue le parti a un tempo, e degenera in ulcera, in ipopio, o in fistola della cornea. In quest' ultimo caso può dar luogo ad uno stafiloma, che produce un' alterazione molto notabile nell' organo della vista. Per lo più il pus dell' unguis si addensa, e forma nella cornea delle macchie che sono indelebili. Perciò più questa malattia ha estensione e profondità, più corrisponde alla parte media dell' iride, più il soggetto è avanzato in età, più è da temersi: Questo pericolo è molto minore nelle circostanze contrarie, soprattutto quando si possa operare per tempo, e che la cornea si sfoglia, perchè in questa guisa essa guarisce. Suoi effetti.

L' unguis può essere la conseguenza di ogni specie d'infiammazione violenta all' occhio. Succede frequentemente alle pustule del vaiuolo, il quale quando è confluente non risparmia più la cornea delle altre parti del corpo. Pure l' unguis può venire in conseguenza di questa malattia, senza che si formi pustula sulla cornea, quando per una male intesa precauzione si allontanano le palpebre che la natura ha saggiamente fatte aderire fra di loro, o per evitare che la luce ferisse gli occhi e cagionasse dolore ed irritazione, o perchè l' umore che scola dalle palpebre introducendosi fra loro richiamasse infiammazione al globo dell' occhio. Non bisogna adunque allontanar le palpebre nel vaiuolo se non quando il dolore degli occhi sia profondo, permanente e pulsativo, e faccia temere qualche disordine interno.

Quando si è soddisfatto alle prime indicazioni che presenta l' unguis, quelle cioè di calmare l' infiammazione che lo produce e quella di risolvere il pus che lo forma, non è possibile dispensarsi dal dar esito a questo umore. Gli stromenti che vi sono adattati, sono gli aghi della spede di quelli raccomandati per l' ipopio, che s' introducono fra le lamine della cornea finchè essi sieno giunti alla sede del male. La maniera di servirsene non può essere descritta: essa varia secondo il luogo e la profondità dell' unguis. Si fanno succedere al loro uso delle lozioni emollienti, e in seguito dei topici più attivi come lo zucchero candito ridotto in polvere in un mortaio di piombo, perchè contragga un poco delle virtù di questo metallo, o un unguento che abbia per base quello di tuzia, e al quale si aggiungono delle particelle di canfora e di aloe succotrino. Cinque o sei grani di sclarea introdotti fra le palpebre, e lasciatevi stare per una mezz' ora possono favorire lo sgorgo e

l' esfoliazione della cornea. Quantunque ordinariamente rimanga agli adulti e ai vecchi una macchia più o meno forte in seguito dell' unguis, è molto meglio che avere eccitate delle malattie più gravi.

Avvisi di S. Yves.

Saint Yves dà due avvisi importanti in occasione delle macchie alla cornea: la prima è che spesso qualche vaso varicoso della congiuntiva si porta verso la sede di questi ascessi e li mantiene. Questi vasi devono essere tagliati con un ago che si passa sotto loro. L'altro è, che è pericoloso ed inutile il portar via colla lancetta le pustole della cornea, come alcuni hanno l' abitudine di fare, perchè ne risulta una cicatrice che oscura la vista. Pure ei conviene che si può far uso negli ascessi che risultano dal vaiuolo senza dubbio, perchè queste sorte di ascessi sono molto più superficiali degli altri.

Ascessi del seno massillare.

Il pus che forma questi ascessi essendo rinchiuso in una cavità ossea, non può essere conosciuto che dai segni dell' infiammazione della quale esso è il prodotto, e dagl' incomodi che ne risultano. Gli ascessi di cui si parla non sono sempre preceduti da accidenti gravissimi, perchè sono piuttosto il prodotto di una infiammazione acuta. Per lo più essi sono prodotti dalla carie, da cui sono attaccate le radiche dei denti prossime al fondo del seno. Non si conoscono adunque gli ascessi di questo seno se non per i dolori da cui sono stati preceduti, e per l'uscita del pus passato a traverso gli alveoli dei denti che ha traforati, e che si fa strada in uno o in più luoghi fra la corona dei denti e le gengive. Quando ciò accada, bisogna dargli esito per un' apertura che fassi nel seno, e che permetta di usare delle iniezioni detersive per pulire questo seno, e per disporre le sue pareti ulcerate a consolidarsi. Ci si perviene facendo estrarre il secondo e il terzo molare, dei quali gli alveoli sono separati da un setto sottile per quanto ne insegna l' anatomia. Questo setto è facile a forarsi e a distruggersi col punteruolo di un trequarti, che si porta in fondo agli alveoli, e che si volge in diversi sensi per ingrandire l' apertura che ha fatta. Non vi è nulla di pericoloso in questo processo. Pure prima di porlo in uso, è bene assicurarsi se lo scolo che fa risolvere a praticarla venga dal seno; perchè potrebbe accadere che fosse somministrato dalle gengive all' occasione di una carie ad uno degli alveoli. I dubbii che si potrebbero avere riguardo a ciò sono facili a dissiparsi. Se il pus continua a sgorgare nella stessa quantità dopo l' estrazione del dente è probabile che venga dal seno. Allora si fanno delle iniezioni in questa cavità più volte il giorno per diminuire l' incomodo del pus che cade nella bocca. Appoco appoco questo pus diminuisce di quantità: l' apertura

fatta al seno diviene meno grande, e si lascia richiudere, ammeno che per assicurare la guarigione non vi si ponga una cannella che permetta di continuare le iniezioni per un tempo più lungo. Alla fine tutto ritorna all'ordine naturale.

Nulla è più comune degli ascessi che si formano nel tessuto delle gengive, e lungo l'orlo alveolare delle mascelle. Ordinariamente questi ascessi si aprono e guariscono senza il soccorso dell'arte, e raramente si è nelle necessità di aprirli, il che si farebbe facilmente colla punta di un bisturino. Ascessi della bocca e della gola.

Gli ascessi che occupano le tonsille possono essere della maggiore importanza. La tumefazione da cui sono accompagnati incomoda i moti della deglutizione e della respirazione. Bisogna dunque aprirli se tardano troppo ad aprirsi da sè stessi, per stabilire la libertà di queste due funzioni egualmente necessarie. Un bisturino, la cui lama sia involta fino ad una piccola distanza dalla sua punta con una fascia di tela fina, adempirebbe benissimo quest' oggetto; ma si adopera comunemente un istromento di cui si attribuisce l'invenzione a G. L. Petit, e che è essenzialmente composto di una lancetta larga e grossa con suo manico, la quale è rinchiusa in una cannella lunga e schiacciata, fessa alle sue estremità. Il manico, ossia la parte esterna di questo istromento è fatta da una cannella di forma cilindrica, più corta, nella quale è contenuta una molla che fa rientrare la lama nella sua guaina, subito che si lasci di comprimere sopra un altro fusto annesso a questa molla. Lo stromento è conosciuto sotto il nome di faringotomo. Può essere adoperato in diversi usi, come quello di fare una contro apertura in un luogo lontano e a traverso alcune parti che si vogliono risparmiare, o stabilire un setone. Il cistotomo che la Faye ha fatto costruire per aprire la cassula cristallina nell'operazione della cateratta, non è altra cosa che un faringotomo costrutto sopra un modello molto più piccolo. In qualunque maniera che si sia proceduto per aprire questo ascesso, non rimane altro da fare che prescrivere l'uso del gargarismo leggermente detersivo, che completa la guarigione.

Possono sopraggiungere degli ascessi alle mammelle in tutte le circostanze della vita, o in occasione d'un colpo, d'una forte pressione o di qualunque altra causa, ma quelli che si sviluppano in questi organi sono per lo più la conseguenza d'ingorghi lattei che sopraggiungono nel tempo dell'allattare. Questi ingorghi, che sono in parte lattei e in parte inflammatorii, producono raramente quei grandi ascessi che occupano una parte più o meno estesa delle mammelle, e che chiedono di essere aperti come gli ascessi della stessa specie che soprav- Ascessi delle mammelle.

vengono altrove. Quelli ai quali danno origine sono dei tubercoli che s' inalzano in diverse parti delle mammelle, e che bisogna abbandonare a loro medesimi, promovendo la loro maturità con cataplasmi ammollienti, e largamente maturativi. Questi ascessi si aprono, suppurano e sgorgano. Le mammelle più presto o più tardi tornano al loro stato naturale, e qualche volta si dura fatica a ritrovarvi le cicatrici che gli ascessi che hanno avuto precedentemente luogo hanno dovuto lasciarvi.

Ascessi del petto. Essi posson esser esterni.

Quando l' infiammazione che dà origine a questi ascessi ha la sua sede nella grossezza della pleura o alla superficie dei polmoni, e che queste parti hanno contratte delle adesioni fra di loro, il pus che trova minor resistenza a portarsi all' esterno che nell' interno, consuma e distrugge i muscoli intercostali, si spande nel tessuto cellulare, che separa questi muscoli da quelli che lo ricoprono, rode questi ultimi, e viene a formare un deposito all' esterno. Questa specie di ascesso si annunzia con un dolore profondo al luogo malato, con un ingorgo pastoso, che conserva l' impressione del dito, e con una fluttuazione poco sensibile da principio, ma che lo diviene sempre più di giorno in giorno, e che permette di dare esito all' umore che lo forma.

Possono aprirsi in questa cavità.

Se non vi si procede subito che si fa sentire la fluttuazione, vi è da temere che il pus roda la pleura, e che si perda nella cavità del petto. Ciò accade anco quando gli ascessi di cui si tratta sono aperti, e che il pus ne scola liberamente. Io ho avuto occasione di osservar questa cosa in un soldato, nel quale l'ammasso del pus che si era fatto in questa cavità non si fece conoscere che per dolori che si stendevano su tutto il lato malato, per difficoltà di tenersi giacente in qualsivoglia situazione, tranne che sul dorso, e per una specie di gorgoglio nel petto, che si faceva sentire quando cangiava di posizione. Del rimanente la suppurazione, che era abbondevole, non aumentava in quantità quando io gli faceva trattenere il respiro, il pus non veniva mescolato per niente da bolle di aria, non eravi enfisema alla ferita, nè sibilo ne' moti della respirazione. Io trovai all' apertura del cadavere che l' ascesso aveva avuto la sua sede fra i muscoli intercostali esterni, il piccolo e il gran pettorale, e che comunicava col petto mediante parecchi fori che si erano fatti nei primi di questi muscoli. Il polmone era adeso alla pleura in qualche punto. Queste parti avevano contratto della durezza: lo stravaso era molto.

Osser. dell' Autore.

Ascessi alla re-

Parimente quando l' infiammazione abbia la sua sede nella grossezza del mediastino, se finisca per suppurazione, e che

dia luogo ad un'ascesso, è possibile che questo ascesso non si apra nè nell'una nè nell'altra cavità del petto, e che si porti all'esterno, dopo avere alterata e distrutta la sostanza dello stesso. Ecco un esempio che ho tratto dai comentarii di Van Swieten sul §. 895. di Boerhaave. Un giovine aveva avuta una pleurisia violenta, la quale pareva essersi terminata con spurghi abbondevoli, i quali cominciarono a comparire il decimoquarto giorno della malattia, e continuarono per lungo tempo. Il malato era caduto in una grande emaciazione, e pareva senza risorsa, quando al decimo mese gli sopravvenne un tuberculo molle, della grossezza di una nocciuola in mezzo allo sterno, la cui sostanza appariva sensibilmente rosa sugli orli di questo tumore. Il tuberculo si aprì da sè stesso, e diede del pus che continuò a colare per otto mesi. Non vi voleva meno di un mezzo litro di acqua per detergere il centro dell'ascesso, il quale pareva che comunicasse col petto, e la sede del quale era fra la pleura e le costole. Questo giovine si ristabilì da cotanta grave malattia, e Van Swieten lo ha veduto in buono stato di salute otto mesi dopo. Non gli rimaneva che un'apertura fistolosa allo sterno, per la quale rendeva sempre un poco di pus. gione dello sterno. Osser. di Van-Swieten.

L'ascesso formato sulla grossezza del mediastino del giovine di cui ho narrata l'istoria aveva una causa interna. Esso era la conseguenza di una violenta pleurisia, o piuttosto di una malattia della stessa specie che ne ha la maggior parte dei sintomi, ma che ne differisce per la sua sede, e che è stata descritta con una grande esattezza da Salio Diverso. Lo stesso può accadere in seguito di una percossa avanti allo sterno. Si trova in Galeno una osservazione molto interessante su questo soggetto. Un giovine percosso alla regione dello sterno parve che fosse ben guarito. Quattro mesi dopo comparve al luogo percosso un'ascesso che fu aperto e che cicatrizzò. La parte non stette molto a infiammarsi e a suppurare di nuovo. Questa volta la ferita non potè guarire Si convocò un consulto al quale fu invitato Galeno. Siccome si vide che lo sterno era alterato, e che lasciava vedere i moti del cuore, niuno ebbe il coraggio d'intraprendere la cura di questa malattia, perchè fu creduto che bisognasse aprire il petto. Galeno si offrì di curare la malattia senza penetrare in quella cavità, e disse che credeva di poterla guarire. Non avendo trovata l'alterazione dell'osso così estesa come pareva che fosse, ed essendo sani i vasi mammarii, egli concepì grandissime speranze. Quando fu tolta via la porzione dell'osso, vide il cuore Osser. di Galeno.

scoperto, perchè il pericardio era stato affetto da putrefazione. Il malato guarì in poco tempo mercè questa operazione, la quale non poteva esser fatta che da un uomo tanto profondamente versato nelle cognizioni anatomiche quanto era Galeno.

Osserv. di G. L. Petit. G. L. Petit ha veduto pure un ascesso al mediastino in conseguenza di un colpo sullo sterno. Un soldato fu ferito in questa parte da un' arma da fuoco. Si credette esser bastevol cosa il medicarlo con digestivo, senza ingrandire la ferita, e senza assicurarsi dello stato delle cose. Questo soldato parve guarito e ritornò al suo corpo, ove poco dopo cadde malato. Aveva febbre e brividi irregolari. Petit esaminò la ferita, e trovò l'osso alterato. Siccome aveva difficoltà a respirare sospettò qualche suppurazione alla diploe o dietro lo sterno e propose di porre a nudo quest' osso, e di applicarvi il trapano esfoliativo. Questa operazione diede esito a materie saniose. La lamina interna dello sterno essendo stata distrutta, escì un bicchiero di pus. Il malato restò sollevato e non stette molto a guarire.

Ascesso reso per gli spurghi. Quando una malattia inflammatoria occupa il polmone e che termina per suppurazione, se l'ascesso è posto profondamente nella sostanza di questo viscere, trova più facilità a rompere le cellule dalle quali è formato, e a portarsi dalla parte dei bronchi, che a farsi strada alla sua superficie ed a versare il pus che contiene nella cavità del petto. Il malato allora rende pus per bocca. Quando l'apertura che gli dà esito è grande, e che ne esce una gran quantità alla volta, il malato corre pericolo da rimaner suffogato; e può al contrario guarire se quest' apertura è mediocre, e che il pus esca appoco appoco. Gli ascessi che si fanno nella grossezza del diaframma, quelli che hanno la loro sede nel fegato possono parimente vuotarsi per la via degli sputi, nel caso in cui queste parti abbiano contratte aderenze col polmone, e quando il centro del male sia alla sua faccia convessa. In quelli ne' quali occupa qualunque altra parte di questo viscere, e si trova in vicinanza della sua faccia concava, questo centro si apre spesso nel colon, e il pus è cacciato per cesso. Io ne ho riportato degli esempii all' articolo degli ascessi del fegato.

Ascessi resi per cesso.

Stravasi di pus nelle cavità del petto. Quantunque gli stravasi di pus nel petto sieno molto rari, se ne trovano alcuni esempii negli autori. Ippocrate dice che parecchie persone hanno avuto questa malattia, e che sono state guarite per mezzo dell' operazione che a quelle conviene.

Osserv. di Plinio. Plinio riferisce che un uomo chiamato Falereo, attaccato da un empiema nel quale era stato abbandonato dai medici, cer-

cando la morte in un combattimento ricevè nel petto una ferita che procurò l'evacuazione del pus che vi era contenuto, e che fu seguita dal suo compiuto ristabilimento. Si legge pure in Marchettis la storia d'un empiema di pus guarito con l'operazione. Il malato aveva il petto sì pieno, che ogni giorno cadeva più volte in sincope. Marchettis ne propose l'apertura a più medici riuniti, e fra gli altri a Veslingio, uno dei suoi scolari di anatomia, che gli aveva veduto fare più volte questa operazione con buon successo. Essi la rigettarono sotto il frivolo pretesto che temevano che fosse ferita l'arteria intercostale. Marchettis non si abbandonò a un timore così mal fondato, ed operò il malato il giorno dopo. Gli estrasse presso a poco due chilogrammi di pus, e pose una cannella di piombo nel petto. Questo malato guarì in ventotto giorni. Osserv. di Marchettis.

Willis ha veduto fare l'operazione dell'empiema a due persone, una delle quali guarì, e l'altra morì perchè vi si ricorse troppo tardi. La persona che guarì aveva il polmone molto sano, ma il pus ammassato nel petto comprimeva il diaframma a segno da incomodare la respirazione. Il petto fu aperto. Uscì su le prime una gran quantità di materie sanguinolente. Quindi sgorgò il pus che era bianco e senza odore. Tre giorni dopo prese un odore così fetido che ne era infetta la camera. Le iniezioni detersive gli restituirono le sue prime qualità e il malato guarì. Osservazione di Willis.

Il medesimo autore dice d'avere aperto il cadavere di due malati che non avevano voluto che fosse fatta loro l'operazione dell'empiema. Il pus che veniva da un ascesso formato nella grossezza della pleura del primo, dopo aver forata questa membrana, e cangrenata una parte del polmone e del diaframma, era sceso nel ventre, ove si era portato lungo la tunica esterna dello stomaco e degl'intestini che aveva corrosi. Finalmente aveva fatta un'apertura al retto, che gli permetteva di uscir fuori con gli escrementi. Il malato robusto, e poco amico dei rimedii resistette a questa fiera malattia per circa due mesi; ma la febbre lenta, la sete, le angoscie e i dolori di ventre, lo fecero finalmente morire. Il suo cadavere mandò un odore insopportabile. Il secondo non presentava cotanto grande diffusione di materia purulenta. Essa si era formata al lato destro nella grossezza della pleura, ed era caduta nel petto in grandissima quantità. Comprimeva il polmone, ed aveva dato luogo ad una febbre lenta che a poco a poco consumò il malato. Altra Osservazione di Willis.

Si conoscono gli stravasi di pus nel petto quando in seguito di una peripneumonia, d'una pleurisia, d'una parafrenisia o Segni dello

Stravaso. infiammazione al diaframma, o di una infiammazione al fegato, che non sono terminate ne' primi quindici giorni con veruna crisi, o per isputo, o per orine, per cessi o per sudori, e che sono state accompagnate da frequenti orripilazioni di febbre continua che aumentasse ogni notte, da colore straordinario, da senso di gravezza al luogo affetto, da difficoltà di respiro e da perdita di appetito, il malato è attaccato da una tosse secca, da peso sul diaframma, che l'obbliga a star curvo, e giacere sopra un solo lato, da brividi irregolari, da febbre lenta, da rossore alle gote e da calore alla palma della mano: Le sue unghie s'incurvano, e cade in una emaciazione universale; in conseguenza di che i suoi occhi s'infossano. Quando cangia posizione, o che viene scosso, il suo petto fa sentire un rumore simile a quello d'un fluido che si agitasse in un vaso chiuso. Le costole sono più solievate dal lato malato che da lato opposto. I loro intervalli sono più grandi. La acità del petto è spesso aumentata. Qualche volta l'ondeggiamento del liquido che racchiude è sensibile all'occhio. Finalmente se si batte il petto a colpi secchi e ripetuti coll'estremità delle dita, come riunite in un fascio, si fa sentire un rumor sordo che differisce da quello che rende quando è sano. Quest'ultimo segno il quale conferma quelli che sono stati annunziati, è applicabile a tutte le specie di stravasi nel petto, o che sieno formati dal pus, come nel caso di cui si tratta in questo luogo, o dal sangue o dall'acqua. È stato indicato già da gran tempo da Avenbrugger medico tedesco in una dissertazione che ha per titolo *De percussione thoracis ut signo abstrusos pectoris morbos detegendi.* Io ne ho riconosciuta la giustezza in parecchie circostanze; ma non riesce se non quando i polmoni non abbiano contratte adesioni colla pleura; perchè in questo caso il suono che risulta dalla percussione del petto è tanto sordo come quando ci fosse del sangue travasato.

Loro incertezza. Osserv. di Panarolo. Gli stravasi di pus nel petto non si manifestano spesso con veruno dei segni che sono stati esposti. Panarolo ha aperto il cadavere d'un uomo, il di cui polmone sinistro era distrutto in conseguenza d'un ammasso considerabile di pus che si era formato nel petto. Quantunque fosse stato malato per due mesi, non aveva avuta nessuna difficoltà a respirare, ed era leggera la tosse da cui era affetto. Ledran ha veduto qualche cosa di simile.

Osserv. di Ledran. Un malato che aveva una forte oppressione, ed un dolore vivo al lato destro del petto per tre giorni, si trovò a star meglio. Non soffriva grande incomodo nella respirazione, su qualunque lato ei giacesse. La sola cosa di cui si la-

mentava era un' ondeggiamento che sentiva nel petto ; e un poco di pena nel respirare quando era assiso Questi sintomi non parvero punto decisivi per operarlo. Si temporeggiò: La febbre continuò con sudori freddi, e morì così l'ottavo giorno. Aveva cinque litri di pus nel petto.

Qualche volta ancora gli accumuli di pus in questa cavità si formano in sì poco tempo che quantunque presentino la maggior parte dei segni che sono stati esposti di sopra ; si potrebbe avere dei dubbii ben fondati sulla loro esistenza. Pure Ippocrate ha osservato che il tempo in cui la suppurazione ha luogo, in seguito di malattie imfiammatorie del petto ; varia secondo la loro gravità. Se i sintomi ne sono pressanti, essa si fa più presto del ventesimo giorno. Se hanno un corso meno rapido, essa può tardare fino al quarantesimo. Celso ha detto la stessa cosa con molta eleganza, e in termini più chiari. *Si protinus initio dolor et tussis fuerit ; spirandi difficultas ; vomica vel ante, vel circa vicesimum diem erumpet. Sed quo minus cito adfuerint eo tardius solvuntur.* Pison conferma la stessa verità con osservazioni molto interessanti. Avendo fatto aprire il cadavere d'uno de' suoi malati morto in meno di due settimane per una infiammazione al petto, trovò questa cavità piena di pus. Egli ne trovò ancora nel petto d'un'altro morto il nono giorno della sua malattia, perchè aveva trascurato di adoperare i rimedii convenevoli al suo stato. Pison pretende che queste sorte di stravasi si conoscano dai brividi irregolari seguiti da febbre che producono ai malati, quando questi sintomi sieno accompagnati da quelli che dipendono dalla pressione del pus sul diaframma, sul mediastino e sopra i polmoni.

Gli ammassi di questa specie si fanno talvolta in poco tempo.

Osserva di Pison.

Non si può essere troppo attenti allo stato di coloro nei quali si suppone uno stravaso di pus nel petto. Sarebbe effettivamente vergogna il fare loro una operazione di cui non avessero bisogno, e gli osservatori c'insegnano che ciò è accaduto più volte. Willis ha veduto praticare l'empiema senza successo ad alcune persone che sputavano pus di cattivo odore, e che avevano nel tempo stesso difficoltà di respirare, e peso al petto. Aggiunge che l'avvenimento è stato sventurato. Dionis c'insegna che a suo tempo fu aperto il petto ad uno dei capi della famiglia di Mortemart, quantunque esso non contenesse verun liquido. Egli non dice che sia risultato cosa alcuna da questa operazione ; ma un'altro malato, nel quale si credeva avere riconosciuto un'ascesso all'ipocondrio destro, morì in conseguenza dell'incisione che vi fu fatta, e dalla quale non si estrasse affatto pus.

Esigono una grande attenzione per evitare gli sbagli.

Osserva di Willis.

Come aprire gli ascessi insterni. Non ha nulla di particolare l' apertura degli ascessi che s' inalzano a uno dei punti della circonferenza del petto in seguito della pleurisia, della parafrenesia, o dell' infiammazione del mediastino. Essa deve esser fatta subito che si presenta la fluttuazione, e deve avere una estensione che corrisponda a quella del male, e che basti agli sgorghi che devono farsi. La cura di questa sorta di ascessi (gli uni de' quali comunicano colla superficie esterna del polmone, gli altri con quella del fegato, alcuni sono accompagnati da carie alle costole o alle sue cartilagini, o da alterazione alla sostanza dello sterno) è qualche volta attraversata da accidenti gravi, e spesso ritardata per lungo tempo, soprattutto quando ci sieno delle porzioni ossee da esfoliarsi.

Come vuotare gli ammassi di pus nel petto. L' operazione che esigono gli ascessi di cui si tratta, porta il nome d' empiema di necessità, per distinguerla da quella mediante la quale si vuota il pus ammassato in una delle cavità del petto. Questa è chiamata empiema di elezione, perchè si fa al luogo che si giudica il più convenevole all' uscita del pus. Questo luogo è lo stesso di quello ove si pratica la contro-apertura nelle ferite del petto complicate da stravaso. L' operazione dell' empiema si fa nella stessa maniera. La sola differenza che presenta si è, che invece di estrarre tutto il fluido a un tratto, non bisogna lasciarne escire che una parte, e riempir bene la ferita con una tasta delicata, e non con una striscia sfilata, come si costuma negli stravasi di sangue. Le iniezioni sono utili principalmente in questo caso. Non bisogna che esse sieno troppo acri, perchè la superficie dei polmoni potendo essere esulcerata in diversi punti, e il pus venendo qualche volta da un ascesso formato nella grossezza di questo viscere, il quale si è aperto nella cavità del petto, e comunica con quella per mezzo d' un' apertura più o meno grande, vi è da temere che il liquore iniettato non vi faccia una troppo viva impressione, o che essa non penetri ne' bronchi, ed eccitì una tosse capace di soffogare il malato.

Necessità di usare una cannella. Osserv. di Bell. È qualche volta necessario d' introdurre una cannella nella ferita per facilitare l' ingresso e l' uscita delle iniezioni, e per impedire che questa ferita non si chiuda prima che l' ulcerazione intera sia sufficientemente sgorgata. La cannella di cui si tratta deve avere un orlo che le impedisca di cadere nel petto. Bell dice che ciò sia una volta accaduto a sua notizia. La cannella di cui si faceva uso era lunga ventisette millimetri, e di una grossezza proporzionata. Si fissava mediante un filo che era attaccato ad una fascia la quale faceva il giro del corpo. Essendosi rotto questo filo, la cannella si perdette nel

petto. Il malato non soffrì altro che una più abbondevole suppurazione.

Le altre precauzioni da prendersi relativamente al regime, al metodo e alle rarità delle medicature sono esattamente le stesse di quelle che sono state raccomandate all'articolo delle ferite del petto. Se il pus che esce ad ogni medicatura è bianco, senza odore, in piccola quantità, e che le forze del malato si sostengano, si può sperare che guarirà. Se al contrario il pus è di cattivo odore, e di color variato, se il malato ha sempre la febbre; se dimagra, e le sue forze diminuiscono vi è molto da temere per la sua vita.

(Non si saprebbe troppo in queste circostanze insistere sulla necessità di un convenevole regime, e dell'uso di tutt'i mezzi capaci di combattere l'infiammazione che si sviluppa o che si rianima quasi necessariamente nella membrana sierosa, e che porta seco la perdita di quasi tutt'i malati ai quali è stata fatta l'operazione dell'empiema per vuotare uno stravaso sanguigno, o soprattutto per vuotare una raccolta di pus. Questa infiammazione è lo scoglio dell'operazione, la di cui difficoltà non consiste nel procurare uno scolo al fluido stravasato, ma bensì nel mettere il malato in salvo dalle conseguenze troppo funeste dell'irritazione acuta o cronica che si sviluppa nelle pareti stesse del deposito. In generale si conosce un gran numero di operazioni praticate, ma vi sono pochi esempii di riuscita, e ciò unicamente dipende dalla cagione la quale abbiamo indicata).

Degli ascessi erisipelatosi.

Le risipole che suppurano formano degli ascessi, il pus dei quali è di rado ammassato in un solo deposito. Questo umore è come infiltrato nel tessuto cellulare della parte, l'organizzazione della quale è distrutta, e che è colpita da una specie di gangrena che non si estende fino ai tegumenti. Quando si aprono gli ascessi che ne risultano, somministrano meno pus che non dovrebbero, relativamente alla loro estensione: questo pus ha minor consistenza di quello che contengono gli ascessi flemmonosi. Il colore è grigio, e l'odore poco spiacevole. Il tessuto cellulare si presenta all'apertura sotto la forma di un corpo floscio, biancastro e come fungoso, del quale se ne possono tirare fuori delle porzioni colle pinzette da medicatura, senza fare soffrire il malato. Se ciò accade, bisogna dare più estensione alle incisioni, e farne maggior numero che nei casi ordinarii. Si lascia sgorgare la parte per qualche istante, dopo

Attenzioni relative agli ascessi conseguenti alle risipole.

di che si medica come nelle altre specie di ascessi. A misura che il centro di questi ascessi si scorga, il tessuto cellulare disorganizzato si presenta in maggior quantità, si porta via colle cesoie quanto se ne può, per favorire l'uscita del pus, alla quale egli si oppone, facendo in qualche maniera l'ufizio di turacciolo. Tosto questo tessuto cede ed esce sotto la forma di stracci. Finalmente quando la parte è totalmente liberata, le pareti del centro dell'ascesso si ravvicinano, si attaccano, e la piaga si cicatrizza.

Degli ascessi reumatici.

Questi ascessi sono conosciuti sotto il nome di ascessi per congestione, perchè si formano in una maniera lenta, e per lo più senza che la salute ne sia molto alterata; ma il nome sotto il quale io gl'indico mi pare che meglio loro convenga, perchè manifesta la causa che vi ha dato luogo: questa causa è sempre un'affezione reumatica, più o meno viva che si è fissata in una parte qualunque. Gli ascessi di questa specie si formano principalmente lungo il dorso, alla sommità delle spalle, e alla parte superiore delle cosce. I principii ne sono oscuri e i malati riferiscono i dolori che vi risentano al reumatismo che ha preceduto, e che cessa di farsi sentire con tanta forza subito che questi ascessi cominciano a formarsi. Il colore della pelle non è cangiato. Presentano una fluttuazione profonda nel suo principio, più manifesta a misura che il male fa progressi, e che diviene in seguito quasi eguale in tutta l'estensione dell'ascesso, perchè i suoi orli non hanno veruna durezza. Questo tumore si alza e si estende appoco appoco. Alla fine diviene stazionario per uno spazio di tempo che non si può determinare. Io ne ho veduti durare parecchi mesi, ed anco alquanti anni interi.

Bisogna aprirli quando la fluttuazione si faccia sentire. Colla potassa.

Quando gli ascessi reumatici giungono ad avere un volume considerabile, e che la fluttuazione si faccia ben sentire, non è possibile dispensarsi dall'aprirli; un indugio più lungo aumenterebbe il disordine che esiste nel luogo malato, perchè il pus continuando ad accumularsi, staccherebbe il tessuto cellulare in maggiore estensione, e comprimerebbe di più sulle parti vicine. Fin qui si è proceduto a questa operazione, applicando della potassa concreta sul luogo più elevato, e nello stesso tempo il più declive del tumore ad oggetto di avere un'apertura con perdita di sostanza, che fosse meno disposta a chiudersi, e che lasciasse più lungo tempo uno scolo libero agli umori che devono escire da quest'ascesso per operarne lo

sgorgo. Si aveva l'attenzione di fare la più piccola apertura possibile perchè il pus escisse lentamente; perchè le pareti dell'ascesso si ravvicinassero con più facilità che non avrebbero fatto in seguito di un' apertura più grande che le avrebbe fatte passare in una maniera subitanea da uno stato di distensione ad uno stato di rilassamento; e soprattutto perchè l'aria non penetrasse con tanta facilità nel centro dell' ascesso. Spesso non si apriva neppure l'escara, affinchè stancandosi da sè stessa il pus non escisse che in piccola quantità per volta. Queste precauzioni erano giudicate necessarie, perchè era stato osservato che la loro omissione era seguita da accidenti funesti, che conducevano quasi sempre i malati alla morte. Ma l'effetto non era sicuro; e quantunque esse si fossero prese, il pericolo era sempre molto grande, e l'avvenimento spesso funesto.

Dopo qualche tempo il Sig. Boyer, primo chirurgo di Sua Maestà l'Imperatore, ha pensato che si riuscirebbe meglio se in vece di aprirlo con la potassa concreta, della quale non si può determinare l'effetto con precisione, ci contentassimo di immergere un bisturino nel tumore al luogo più favorevole, e di non farvi con questo istromento che una piccola puntura che non permettesse al pus di uscire che in piccola quantità per volta. Questa puntura fatta a traverso di pareti molto grosse, come sono quasi tutte quelle degli ascessi reumatici, si richiude prontamente, quantunque questi ascessi non sieno affatto vuotati; cosicchè si è ben presto obbligati di farne una seconda, una terza e qualche volta parecchie altre. Io ho veduto adoperare questo processo sopra una signorina di diciotto anni, fresca, e in apparenza della miglior salute, la quale aveva abbasso alle reni, vicino all' anca destra un tumore rotondo, molle, indolente tanto grosso da contenere un mezzo litro di umore. Questo tumore era comparso da poco tempo. Esso era successo a dolori della regione dorsale che avevano avuto luogo in conseguenza d'una traspirazione soppressa dieci mesi avanti, per essere ritornata a casa a piedi in una stagione fredda, dopo essersi riscaldata ballando. Questo tumore aveva preso un aumento notabile da qualche tempo. Esso aveva tutt' i caratteri di un ascesso reumatico che bisognava aprire per impedire un tal guasto. L'apertura doveva essere poco estesa. Si sarebbe potuta fare secondo il processo ordinario. Il Sig. Boyer propose di vuotar l'umore ammassato con delle punture successive in maniera che non si aspettasse a farne una seconda, una terza, ec., che il tumore giungesse alla grossezza che aveva la volta precedente. Ciò fu eseguito sul momento. Egli immerse la punta d'un bisturino nel centro dell' ascesso,

Con una puntura fatta con bisturino molto stretto.

Osserv. di Boyer.

dal quale fece escire un quarto di litro di pus presso appoco, e la ferita fu coperta con un empiastro diachilon. Questa leggera operazione non isconcertò quasi in nulla la salute della malata. Essa è stata ricominciata cinque in sei volte, ed ha costantemente data la stessa quantità di pus. La quinta volta Boyer ha giudicato a proposito di mantenere l'apertura con una piccola tasta. Ne usciva ora maggiore, ora minore quantità di pus. Qualche volta la malata ne era inondata, pure la salute non ne rimane alterata. Non si è osservato nessuna diminuzione nel suo abito di corpo; il suo bel colorito si è conservato, e la sua costituzione non è parso che abbia sofferto gran cosa. Essa è guarita perfettamente.

Altra osservazione di Boyer.

Il Sig. Duval autore della quarantesima terza tesi presentata e sostenuta alla scuola di medicina in Parigi ha osservato il Sig. Boyer procedere della stessa maniera sopra un giovine di ventidue anni, che da sette mesi portava alla regione lombare destra un tumore della specie di quelli di cui si parla. Uscì un chilogrammo di pus, e la piccola ferita, gli orli della quale furono ravvicinati e tenuti al posto con un empiastro diachilon, guarì come l'apertura di una sanguigna. Dieci giorni dopo il tumore che si era ripieno fu punto una seconda volta, il liquido che ne uscì era meno denso e in minor quantità. Dopo diciotto giorni bisognò fare una terza apertura, ed era per farsi la quarta dopo dodici giorni quando la ferita si riaprì da sè, e lasciò escire un poco di sierosità. Ben presto questa specie di fistola si richiuse, e la guarigione fu completa.

Osserv. dell' Autore.

Dopo che io ho conosciuto questo processo, l'ho posto in uso in più casi di ascessi reumatici, che mi si sono presentati con diverso successo. Ora mi è riuscito, ed ora i malati sono morti. Questa diversità deriva da quelle che presentano gli ascessi di questa specie. Quando i soggetti sono giovani, e che sono di una buona costituzione, che le ossa non hanno sofferta alterazione, guariscono. Nei casi contrarii l'avvenimento è funesto. Ma succede spesso che le ossa sono malate negli ascessi reumatici, non perchè il pus attacchi la loro sostanza, ma perchè la malattia che dà origine a questi ascessi ha cominciato per attaccarne il tessuto, e produrvi una carie, di cui non si conosce nè il luogo nè l'estensione, e che per conseguenza è inaccessibile ai soccorsi dell' arte.

Degli ascessi critici.

Si dà il nome di ascessi critici a quelli che sopraggiungono in seguito di un'altra malattia, i sintomi della quale perdono della loro gravezza a misura che questi si formano. Tali sono quelli che s'inalzano qualche volta sulle parotidi al termine delle febbri atassiche. Essi sono facili a riconoscersi. Questi ascessi sono sempre accompagnati da un ingorgo infiammatorio e doloroso che si estende ben lontano, e in mezzo al quale si osserva una fluttuazione profonda. Non se ne deve aspettare la maturità, per timore che l'umore che li forma non si trasporti di nuovo, e non rientri nel torrente della circolazione per andare a deporsi altrove. Essi devono essere aperti colla potassa concreta, meno per richiamare una maggior quantità d'umore sulla parte malata, e darle un grado di cozione che esso non ha ancora acquistato, che per procurarsi una grande apertura che faciliti gli sgorghi che devono farsi. In questo caso non vi sono le stesse ragioni per trattenere l'umore nel centro dell'ascesso, fino a che esca da sè, e in piccola quantità per volta, come negli ascessi per congestione. Al contrario tutto porta a desiderare che si evacui prontamente, perchè questo umore è mobile, e potrebbe rientrare nel torrente della circolazione.

Bisogna aprirli prontamente.

Degli ascessi metastatici.

Gli ascessi metastatici sono quelli che dipendono da un trasporto d'umore, il quale si porta in un luogo diverso da quello che dà loro origine. Se ne ha un esempio negli ascessi, i quali dopo di essersi formati nella regione lombare, all'occasione d'una carie ad una o più vertebre di questa regione, discendono lungo il muscolo psoas, e s'insinuano sotto il ligamento del Falloppio, per portarsi alla parte superiore, anteriore, e interna della coscia. Quelli che dopo aver presa origine in una cavità articolare attaccata da carie, si portano verso il luogo ove è minore la resistenza, e dove li porta il peso, offrendone un altro. Questi ultimi sono eccessivamente pericolosi. L'evacuazione del pus che contengono non tarda ad esser seguita dai più gravi accidenri. D'ordinario questo umore diviene putrido, il malato è attaccato da febbre lenta, ha spesso dei brividi irregolari, il suo abito di corpo si dissipa; la sua pelle diviene terrea, cade in una estrema emaciazione, e finalmente muore. Si deve differire l'apertura di questi ascessi quanto è possibile; e quanti si è obbligati ad aprir-

Maniera di aprire gli ascessi fatti per trasporto di umore.

li bisogna fare un' apertura estremamente piccola, o coll' applicazione della potassa concreta, e lasciare che l'escara si stacchi da per sè. Si sostengono le forze del malato con un buon regime, e si allontana la putridità mediante la china. Queste attenzioni procurano qualche volta la guarigione dei malati, gli ascessi dei quali hanno il loro centro nelle articolazioni. Questi malati si ristabiliscono a spese d'un' anchilosi o di una fistola; le quali durano quanto la vita. Ma quelli che sono attaccati da ascessi alla regione lombare muoiono tutti, e il solo scopo che sia possibile ottenere è di prolungare la vita.

Degli ascessi cagionati dalla presenza di corpi estranei.

I corpi estranei di qualunque specie possono soggiornare lungo tempo nel tessuto delle pareti, nelle quali si sono introdotti, senza cagionare molto incomodo; ma ordinariamente vi eccitano irritazione, e vi richiamano infiammazione che finisce con ascessi, nel centro dei quali si trovano i corpi estranei. Si può presumere che se ne trovino nelle ferite fatte da proietti, come le armi da fuoco, le fionde, l'espulsione di mine, di magazzini di polvere, ed altre. Quando adunque nel luogo di queste ferite o in vicinanza loro sopravvengano degl'ingorghi inflammatorii e dolorosi che parrebbe che dovessero terminare con un ascesso, bisogna favorire la suppurazione, che altronde non potrebbe evitarsi, coprendo la ferita con cataplasmi ammollienti e maturativi. Se l'ascesso è poco considerabile, non è possibile dispensarsi dall'aprirlo in una estensione assai grande da potere andare in traccia del corpo che gli dà origine. Se è piccolo, si apre per lo più avanti che siasi conosciuta la sua maturità, ma il corpo estraneo per lo più si presenta da per sè stesso. In un caso e nell'altro deve esser preso colle dita o con pinzette di forma e di dimensioni adattate. Allora nulla più si oppone allo sgorgo dell'ascesso, al ravvicinamento delle sue pareti e alla formazione della cicatrice, la quale si ottiene coi mezzi consueti; ma la guarigione non è costante se non quando sia escito dalla piaga tutto ciò che poteva esservi di corpo estraneo: nel caso che fossero dei frammenti di osso vi sarebbe da temere che fossero stati rotti; e che il male non si riaffacciasse: ma ciò è inevitabile, e le persone che hanno scansato il pericolo delle armi da fuoco, le quali hanno offeso le ossa, non giungono mai a guarigione completamente.

I tumori fatti dalla linfa.

La linfa ammassata dà luogo a due sorte di ascessi. Gli uni sono fatti per infiltrazione, e gli altri per istravaso.

I tumori linfatici per infiltrazione.

In questi tumori la linfa non è riunita: essa è sparsa nel tessuto cellulare, come l'acqua in una spugna che vi sia tuffata. Quando l' infiltrazione si estende su tutte le parti del corpo si chiama anasarca o leucoflemmasia. Si chiama edema quando non occupa che una parte, come le gambe, lo scroto, le palpebre. Queste malattie dipendono da un gran numero di cause che è inutile rammentare perchè sono di dipendenza della medicina interna, e i processi operativi che possono esservi applicati non sono che mezzi ausiliari, ai quali si ricorre qualche volta nella loro cura. Questi mezzi tendono a procurare lo sgorgo della parte affetta, aprendo un esito alla linfa che essa contiene. Saranno esposti all'articolo dell' idrocele per infiltrazione, la quale non è altra cosa che l' edema della scroto.

Dei tumori linfatici per istravaso.

Questi tumori sono l' idropisia della testa, quella dell' occhio e del petto, l' idropisia del ventre, e quelle dello scroto, della spina e delle articolazioni.

Dell' idropisia della testa o idrocefalo. Essa può essere esterna.

L' idrocefalo si divide in esterno ed interno. Il primo ha la sua sede nella grossezza dei tegumenti. È una vera infiltrazione, la quale se ha luogo in tutta la testa, non differisce dagli altri edemi parziali, e non è suscettiva come quelli d'altre operazioni che del 'applicazione d' un empiastro epispastico e di qualche scalfitura praticata ne' luoghi i più declivi, per procurare lo sgorgo del tessuto cellulare. Il secondo, cioè l' idrocefalo interno è uno stravaso di sierosità nell' interno del cranio, in qualunque luogo questo stravaso abbia la sua sede. Alcuni han detto che sia tra il cranio e la dura madre, il che non è verisimile. Altri tra la dura madre e l' aracnoide, il che non lo è molto meno; finalmente il maggior numero, pensa che questa raccolta d' acqua si formi nei ventricoli del cranio, ove se ne trova qualche volta una considerabile quantità, ma insufficiente per essere considerata come un idrocefalo in quelli che sono andati soggetti a certe affezioni di cervello, come l' estremo indebolimento della vista e dell' udito, quello delle facoltà intellettuali, gli assopimenti frequenti e profondi e le apoplessie sierose i di cui effetti sono più rapidi.

L' idrocefalo interno, di cui specialmente si deve trattare in questo luogo, è una malattia della prima età, e che spesso i bambini portano venendo al mondo. Si riconosce alla grossezza della testa; alla facoltà che hanno le ossa a quest' epoca mal formata nel cranio di muoversi le une sulle altre; alla trasparenza che si osserva ai luoghi ove sono tuttavia membranacee; alla fluttuazione che questi luoghi presentano; all'ondeggiamento del liquido contenuto; alla gravezza della testa, che cade ora da una parte ora dall' altra; all' assopimento continuo del bambino; alla fissazione dei suoi occhi; e se sopravvive qualche anno, alla debolezza delle sue facoltà mentali. Ordinariamente questi sintomi durano poco, perchè si muore presto. Resistono all' idrocefalo quelli, nei quali la malattia è cominciata dopo nascita, e nei quali è cresciuta lentamente. Se ne sono veduti alcuni giungere al duodecimo, e al quindicesimo anno, ma in uno stato di debolezza di corpo e di spirito peggiore della morte che non potevano evitare. È probbabile che la malattia avesse cominciato dopo il tempo in cui le ossa del cranio si uniscono per mezzo delle suture, perchè ne' gabinetti di anatomia si trovano de' cranii d' individui idrocefali, le ossa dei quali sono solidamente congiunte. Questi cranii hanno delle dimensioni, che sorprendono, ma la faccia non ha che quelle che sono consuete ai bambini dell' età cui erano giunti questi individui. Essi sono molto leggeri, perchè le ossa sono molto sottili.

Segni di questa ultima.

Le cause dell' idrocefalo sono senza dubbio le stesse di quelle delle altre idropisie; ma chi le conosce? Esso fa perire quelli che ne sono affetti più sicuramente di qualunque altra malattia della stessa specie, perchè sconcerta le funzioni di uno degli organi più necessarii ed essenziali alla vita. Sarebbe imprudenza il cercare a rimediarvi con uno dei processi operativi di cui si fa uso altrove. I saggi che sono stati fatti hanno avuto un esito sinistro, cosicchè non si deve più tentare di farne altri. Sarebbero egualmente inefficaci i mezzi che pone in uso la medicina interna. Quindi è meglio lasciare tranquilli i malati, che defatigarli, e turbare la corta esistenza che la natura loro concede.

Non è suscettibile di veruna operazione.

Se l' umore aqueo viene ad ammassarsi in gran quantità nell' interno dell' occhio, e che dopo avere distese le due cavità interne di quest' organo, che sono destinate a riceverlo, esso si spande per tutto, e ne aumenta il volume, ne risulta una specie d' idropisia che si designa sotto il nome d' idrottalmia. Questo incomodo, poco frequente, è per lo più la conseguenza di ostinate infiammazioni; pure qualche volta soprav-

Idropisia dell'occhio o idrottalmia.

viene a persone che non hanno sofferta alcuna malattia anteriore, cosicchè si può riguardare anco come l'effetto di una particolare disposizione.

Si conosce all' aumento del volume dell' occhio accompagnato da inalzamento della cornea, e dall' affossamento dell' iride con cangiamento nelle dimensioni dell' apertura della pupilla, che perde più o meno della sua mobilità, e diminuzione o perdita totale della vista. Quando l' umore aumenta, e che la trasparenza dell' umore acqueo è molto alterata, l' idrottalmia produce dolori tensivi ed ottusi verso il fondo dell' orbita, ora più leggieri, ora più forti, e richiama una specie di stupore sul lato della testa che corrisponde all' occhio malato: finalmente quest' organo è come scacciato dalla cavità dell' orbita che non può più contenerlo, e le palpebre sono tese, allontanate, e spesso rovesciate. Suoi segni.

L' aumento di volume dell'occhio prodotto dalla turgescenza dell' umor vitreo è la solo malattia che abbia qualche rapporto coll' idrottalmia. Essa ne differisce nell' essere il corpo vitreo quello che spinge l' iride in avanti, la ravvicina alla cornea, e fa intorno al cristallino una specie di cercine che gli fa ombra. Altronde l' occhio è più doloroso, la vista più patira ne' suoi principii, e vi è più da temere la suppurazione e la fusione dell' occhio. Essa differisce dalla idrottalmia.

L' idrottalmia può, come tutte le altre specie di idropisia, cedere all' uso dei rimedii fondenti, aperienti e purganti adoperati opportunamente; essa ha soprattutto il vantaggio di permettere l' uso dei topici discuzienti e corroboranti che possono aiutarne l' effetto. Quando essa ha già fatto molti progressi, o che cresce con rapidità, vi si rimedia più efficacemente mediante la puntura. Mezzi di guarigione.

Questa operazione non pare che sia stata conosciuta dagli antichi. Plinio dopo aver parlato della virtù discuziente delle due specie di anagalli le a fior giallo e a fior turchino, dice bene che bisogna fare delle unzioni col sugo di queste piante nel quale vi si sciolga del mele avanti di fare la paracentesi dell' occhio; *et b duo hoc inunguntur ante, quibus paracentesis fit*; ma è dubbio che egli ammetta la stessa idea che noi alla parola paracentesi: e potrebbe darsi che non se ne servisse che per designare una delle operazioni che si costumavano a suo tempo per estrarre la cateratta che si credeva membranacea, o per trarre il sangue ammassato nell' occhio all' occasione d' un colpo su questa parte. La puntura non è stata conosciuta dagli antichi.

Il primo che abbia fatto un' espressa menzione della puntura dell' occhio nel caso d' idropisia è Michele Bernardo Valentin, il quale ha fatto inserire nelle *Efemeridi* dei curiosi della Valentin ne ha parlato il primo.

Natura un' osservazione che gli era stata comunicata dal dott. Wesen, sotto il titolo di idrottalmia guarita colla paracentesi. Questo medico aveva da principio consigliata l'estirpazione dell'occhio, ma risolvette di provare ciò che poteva ottenere dalla perforazione. Questo processo ebbe tanto buon esito che restò interamente evacuato, e i rimedii interni di cui si fece uso, e il regime che prescrisse prevennero la recidiva della malattia. L'osservatore non dice qual processo impiegasse, e soprattutto se ebbe il vantaggio di conservare la vista al malato.

Poi Nuck. Nuck di poi ha praticato con successo la puntura dell'occhio in due casi molto gravi di idrottalmia. Il soggetto del primo era un giovine di Breda, di circa ventiquattro anni, la vista del quale si trovò alterata in seguito di una ottalmia all'occhio sinistro, che aveva durato lungo tempo, e che gli aveva cagionato forti dolori. La pupilla si oscurò per l'ammasso dell'umore aqueo che divenne torbido, e l'occhio ingrossò a segno di far protuberanza fuori dell'orbita, e da non potere più esser contenuto fra le palpebre. Nuck conobbe che la vista era totalmente perduta, ma non disperò di ridurre l'occhio al suo primo volume, e di porlo in istato di sopportare un occhio di smalto.

Dopo avere amministrato alcune pillole idragoghe, fece la puntura in mezzo alla cornea trasparente, ove i vasi di questa parte erano meno dilatati che altrove. L'esito di una gran quantità di umore aqueo diminuì il volume dell'occhio d'un quinto; il giorno dopo era ingrossato di nuovo, e tornato al suo primo stato. Nuck vi fece una seconda puntura dalla quale estrasse un poco più d'umore, e ottenne una diminuzione più distinta; pure bisognò fare una terza puntura due giorni dopo. I collirii corroboranti, che erano sembrati opporsi ad una nuova distensione dell'occhio, furono trovati inefficaci, cosicchè fu giudicata necessaria una quarta puntura. L'occhio non era ritornato a un volume più considerabile della prima volta; ingrossò ancora. Una quinta puntura fu fatta il decimo quarto giorno, e questa operazione essendo stata seguita da una diminuzione dell'occhio maggiore delle altre, si potè fare uso di una lamina di piombo convessa da un lato, concava dall'altro, della figura di un occhio di smalto, la quale fu introdotta fra le palpebre dell'occhio, e si oppose tanto bene ai nuovi accrescimenti di quest' organo che fu possibile di accomodarvi un occhio artificiale, al quale il malato si accostumò in poco tempo, e correggeva perfettamente la sua deformità.

L' altra persona alla quale Nuck fece la puntura per un' i-

drottalmia fu una donna dell' Aja, l'occhio della quale ingrossò molto dopo un' ottalmia violenta, ma meno che nel caso precedente. Quest' organo aveva tre escrescenze come corna; la più alta fu forata e l' umore che ne uscì fece che le altre si abbassassero. Il male essendo ricomparso dopo qualche giorno bisognò fare una seconda puntura, dopo la quale si dissipò, a segno che l' occhio aveva la sua grossezza e la sua forma naturale; ed è restato per lungo tempo in questo stato: nonostante Nuck ha saputo che la malata è stata obbligata dipoi a farsi fare due o tre altre operazioni.

Quelli che hanno scritto dopo Nuck sulle malattie degli occhi non hanno detto nulla dell' idrottalmia e dell' operazione che vi conviene. Eistero solo sembra esservi ricorso in parecchie circostanze. Egli non crede che bisogni forare il mezzo della cornea, come ha fatto Nuck, per timore che rimanga sturbata la vista dalla cicatrice che deve risultarne; e preferisce la parte inferiore della sclerotica. Là dice di avere fatto penetrare non un trequarti, ma una lancetta, e non ha mai trascurato di servirsi di una lamina di piombo concava per esercitare una ragionevole pressione sull' occhio, e di adoperare i topici e i rimedii interni che potevano assicurare il successo del suo operato. Quale è stato questo successo? È egli giunto a conservare la vista ai suoi malati, o non ha egli potuto ottenere che la diminuzione dell' occhio, e la cessazione degl' incomodi, ai quali dava luogo l' idrottalmia?

Trequarti adoperato da Woolhouse.

Il trequarti impiegato da Nuck, per la puntura dell'occhio nel caso d' idrottalmia, è stato adottato da Woolhouse, che ne ha parlato come di un istromento di sua invenzione in un catalogo di stromenti proprii per le malattie degli occhi, il quale è stato pubblicato in uno dei giornali di Lipsia nel 1696. Egli gli dà il nome di *paracenterium*, e dice che se ne serve per vuotare l' umore acqueo divenuto torbido presso i vecchi, e per ristabilire la vista. Woolhouse non si attribuisce l' onore di avere immaginata questa operazione, che dice essere stata insegnata a suo padre da un antico oculista di Londra chiamato Tuberville, il quale l' aveva avuta da un capitano inglese che aveva vissuto lungo tempo a Pechino, e l' aveva imparata da' chinesi. Woolhouse l' aveva vista fare parecchie volte da suo padre, ed aveva conosciuto a Londra un particolare, a cui Tuberville l' aveva fatta due volte in undici anni. Diceva pure di averla messa in uso in parecchie circostanze con molto successo in Irlanda e in Francia.

Quest' oculista non ha descritta nessuna parte dell' operazione di cui si tratta, ma la insegnava ai suoi alunni, del numero

dei quali sono stati parecchi pratici di merito distinto, come Eistero, Platner, Mauchart ed altri. Egli pungeva l'occhio al luogo ove si porta l'ago nell'operazione della cateratta per depressione. Raccomandava di tenere la ferita aperta per tre o quattro giorni, ad oggetto di facilitare lo scolo degli umori, ma senza indicarne i mezzi; del rimanente non trascurava nessuna delle precauzioni che credeva proprie a favorire la guarigione. I suoi malati erano tenuti in un luogo oscuro. Stavano qualche tempo giacendo bocconi, per evitare che la cornea contraesse delle viziose aderenze coll'iride. Erano loro applicate delle compresse inzuppate in liquori astringenti; erano salassati, ed usavano dei mezzi i più proprii a prevenire l'infiammazione. Quando il pericolo di quest'accidente era dissipato, Woolhouse, ad imitazione di *Tuberville*, faceva loro prendere per venticinque o trenta giorni de' porcellini terrestri schiacciati nel vino di Spagna.

Per vuotar l'occhio nell'ambliopia de' vecchi.

Si vede che indipendentemente dall'idrottalmia, alla quale la puntura dell'occhio essenzialmente conviene, questa operazione è stata raccomandata per rimediare all'ambliopia o oscuramento della vista de' vecchi. Mauchart, che ha riunite tutte le nozioni acquistate su tal soggetto in una dissertazione pubblicata nel 1744 sotto il titolo *De paracentesi oculi in hydrophtalmia et amblyopia senum*, domanda se vi si potrebbe egualmente ricorrere nel caso di cateratte lattee, e negli ammassi di pus nella camera posteriore dell'occhio. Ma è caso raro che la cateratta sia puramente lattea. Nel caso istesso in cui la cassula del cristallino sembra distesa dalla maggior quantità di liquore che possa contenere, il cristallino esiste ancora, diminuito di volume è vero ma divenuto molto oscuro, e la capsula cristallina istessa è molto opaca; di modo che supponendo che si estraesse facilmente il liquore viziato mediante la paracentesi, la vista sarebbe sempre sturbata e impedita dall'uno o dall'altro. Quando all'*empiesi* o ammasso di pus nella camera posteriore dell'occhio questa malattia pare piuttosto un ente di ragione che una malattia reale alla quale si possa applicare un'operazione particolare.

Operazione della paracentesi dell'occhio. Quali casi la esigono?

Cosa pensare della paracentesi dell'occhio coll'oggetto di di rinnovare l'umore aqueo divenuto torbido, e di correggere l'ambliopia? Se l'ingrossamento di questo umore e la perdita della sua trasparenza fossero le sole disposizioni che potessero indebolire la vista, si potrebbe provare a rinnovarlo aprendo la cornea: perchè l'esperienza di Nuck e le osservazioni che sono state fatte dopo che è stato adottato il metodo di estrarre il cristallino cateratoso, invece di operarne il traslocamento,

mostrano che si riproduce con molta facilità, e che la ferita della cornea non ha nulla di pericoloso. Ma tante altre cause possono produrre lo stesso effetto che pare dubbioso che le persone dell' arte possano seguire il metodo di Tuberville e di Woolhouse, e che vi si possano determinare quelli ai quali questa operazione potesse parere utile.

L' idrottalmia e la buftalmia, o sia l' eccessivo aumento di volume dell' occhio per la turgescerza dell' umor vitreo, sono dunque i soli casi, nei quali si deve intraprendere. Resta a determinare la maniera di praricarla. Dobbiamo servirci di un trequarti, le cui dimensioni vi sieno appropriate, o di un istromento simile ad una lancetta, come dice d' aver fatto Eistero? Il trequarti pare più semplice Pure è di uso più difficile. Si sa con quanta pena si giunge ad introdurlo nelle grandi cavità del corpo, come il bassoventre e il petto. Bisogna dargli un impulso molto forte, che si modera coll' indice steso fino vicino alla punta dell' istromento. Se le membrane dell' occhio offerissero una resistenza analoga, vi sarebbe forse da temere di spingerlo troppo avanti, e di ferire le parti interne di quest' organo. Tuberville, e Woolhouse sembra che abbiano provato questo inconvenevole, perchè facevano girare cinque o sei volte il trequarti tra il pollice e l' indice a fine che penetrasse più facilmente. Questo processo deve produrre una sorta di lacerazione nel tragitto che l' istromento percorre. Espone in conseguenza il malato ad accidenti che possono essere cagi nati dalla irritazione; e si sa quali erano quelli che risultavano dall' introduzione dell' ago nella depressione della cateratta. Uno stromento tagliente su i lati, e che finisce in punta acuta, come il più stretto di quelli dei quali si serviva Daviel per aprire la cornea, non farebbe correre gli stessi rischi, e merita la preferenza.

Questi casi sono quelli dell' idrottalmia, e della buftalmia.

Modo di farla.

Il trequarti è di un uso difficile.

È pericoloso.

Il malato posto sopra una sedia colla testa appoggiata sul petto di un aiuto che rialza nel tempo stesso la palpebra superiore, se ve ne è bisogno, e che tien fermo il globo dell' occhio in alto, come nell' operazione della cateratta, il chirurgo assiso dirimpetto sopra una sedia poco più alta, abbassa la palpebra inferiore colle dita della sinistra e tiene fermo il globo in basso. Se quest' organo molto tumefatto sporge in fuori delle palpebre esse non sono più tenute, ma il chirurgo procura d' impedire la sua mobilità con compressioni leggere e ben concertate che esercita su di lui colle dita della sinistra. Prendendo allora colla dritta l' istromento che ha preparato lo immerge a traverso la cornea trasparente al luogo ove Daviel cominciava l' operazione della cateratta, fino a che il liquore

Come bisogna servirsi dell' istromento tagliente.

raccolto venga a scolare; dopo di che lo ritira, e cessando da qualunque pressione permette all' occhio di vuotarsi. Alcune pezzete tuffate in un difensivo, come sarebbe la chiara d' uovo sbattuta nell' acqua di rosa con poco allume, applicate e tenute su quest' organo prevengono l' impressione della luce e gli effetti inevitabili dell' irritazione; e il malato è posto a giacere in un luogo oscuro, e sottoposto a un regime quale esigono le circostanze.

Mauchart, e Woolhouse vogliono che si mantenga l' apertura per qualche giorno. Essi propongono a tale oggetto d' introdurre una tasta di filo la cui presenza potrebbe suscitare una pericolosa infiammazione. Miglior partito è abbandonar l' occhio a sè stesso. Se la piccola ferita che si è fatta a quest' organo venisse a chiudersi, e che fosse necesssario di vuotarlo una seconda volta o più, si fanno tante aperture quante sono necessarie. Nuck non ha temuto di ricominciare questa operazione, e non ha veduto che ne sieno state incomodate le persone sulle quali l' ha fatta. Finalmente non si trascura verun mezzo di prevenire una nuova raccolta di liquore, e si regola la propria condotta su quella tenuta dal professore di cui abbiamo parlato nella cura delle malattie di questa specie, che egli ha avute a curare.

Idropisia del petto o idrotorace. L' idropisia del petto riconosce le stesse cause delle altre specie di idropisie. Essa attacca frequentemente le persone sottoposte all' asma convulsivo. Se dunque questa malattia ha preceduto, o che vi sieno delle disposizioni alla leucoflemmasia, e che il malato soffra parecchi sintomi che caratterizzano l' idropisia di cui parlo, si può credere che egli ne sia affetto.

Segni. Questi sintomi sono una gran difficoltà di respiro, accompagnata da tosse secca, da tumefazione edematosa al viso, alle braccia, e spesso ancora all' estremità inferiori, la quale non permette al malato che di giacere sopra un lato, quando l' acqua occupa una delle due cavità del petto, e l' obbliga a star seduto e curvo in avanti quando le occupa tutte due. Evvi lentezza, e spesso intermittenza nei polsi. Il sonno è difficile ed interrotto da spasmi frequenti; il malato ha una soffogazione più forte la notte che il giorno, al che bisogna aggiungere, secondo Ippocrate, che sente spesso l' ondeggiamento dell' acqua, quando si muove o che cangia di posizione, e che il lato ove si trova l' idropisia, pare più ampio e più dilatato dell' altro.

La riunione del maggior numero di questi sintomi indica uno stravaso di acqua in una delle cavità del petto; ma non si può dire che la malattia sia semplice, perchè spesso l' acqua

ammassata esercita sui polmoni una irritazione alla quale succede infiammazione ed una secrezione più o meno abbondevole di mucosità puriforme, che gli esulcera, e li corrode; allora l'idropisia è più complicata e più grave.

Si è sempre pensato che sarebbe possibile rimediarvi colla paracentesi; non già, si è detto, che questa operazione possa guarire la malattia, ma perchè essa deve procurare sollievo e dare ai rimedii, dei quali si fa uso interamente, il mezzo di agire con maggior efficacia. Ippocrate si esprime in maniera da far credere che la puntura del petto era in uso a suo tempo, e che ne avea ottenuto buoni successi. La maniera con cui si eseguiva questa operazione era molto differente da quella che noi adoperiamo: dopo avere inciso sulla quarta costola di basso in alto, ed aver posto al o scoperto quest'osso egli faceva un'apertura per mezzo del trapano, e giungeva alla cavità del petto. L'acqua ammassata non era evacuata che in parte: una tasta introdotta nell'apertura, sostenuta da una spugna, e quindi con i pezzi esterni dell'apparecchio, impediva che l'acqua escisse: ogni giorno ne lasciava uscire una porzione fino al decimo terzo; allora permetteva a quella che restava di escire interamente. Se i pezzi dell'apparato si trovavano umettati di pus il quinto giorno dell'operazione, Ippocrate augurava buon esito: se la suppurazione non compariva, e che il malato fosse tormentato dalla sete e dalla tosse, non si aspettava veruno buon successo.

Si può applicarvi la paracentesi.

Il processo, che ho descritto, corrisponde all'opinione che gli antichi avevano del pericolo di estrarre la totalità delle acque riunite nelle idropisie. Quando si tratta di quelle del ventre, noi preveniamo questo pericolo con convenevoli pressioni; ma quì le pressioni non possono aver luogo. Forse sarebbe a proposito d'imitare in qualche maniera il processo degli antichi, e di non estrarre tutta ad un tratto l'acqua ammassata nel petto. I polmoni non passarebbero tanto presto dallo stato di congestione, alla quale gli riduce la pressione del fluido, a quello che deve seguire dopo la totale evacuazione: questo viscere si svilupperebbe appoco appoco, e le funzioni che deve esercitare si farebbero con minore sconcerto.

Essa è stata consigliata.

Alcuni pratici moderni hanno consigliata la paracentesi nell'idropisie del petto, ma sembra che non sia stata messa in uso tanto spesso. Duverney il giovine al principio dell'ultimo secolo communicava all'Accademia delle Scienze delle osservazioni proprie per incoraggire a farla. Una donna alla quale aveva giudicato che questa operazione potesse essere utile, non volle acconsentirvi. Le fu trovata dopo morte una raccolta di acqua molto considerabile nel lato del petto che Duver-

Osserv. di Duverney.

ney si era proposto di aprire. Questa donna aveva pure avuta una idropisia ascite, che lo stesso chirurgo aveva vuotata con una puntura. Un'altra donna che era nello stesso caso fu più docile. Duverney, dopo averle fatto una puntura al ventre, dalla quale non estrasse che quattro in cinque litri d'acqua, si determinò a farne un'altra al petto, perchè i sintomi, che era sembrato che fossero diminuiti, ricomparvero con nuova forza qualche giorno dopo sebbene il ventre non fosse tumefatto di nuovo. Portò il trequarti fra la seconda e la terza costola spuria più prossimamente alla spina che gli fu possibile ed estrasse pure tre quarti di litro di una sieriosità mucilaginosa e simile ad una tisana estremamente colorita. La malata che non respirava se non con pena, che non poteva stare in veruna altra situazione che mezzo curvata, e il cui polso era piccolo, ineguale e chiuso, restò sollevata. Il polso si sviluppò, la respirazione si ristabilì, ebbe un flusso abbondevole d'orina, e si ristabilì tanto prontamente, che si trovò in istato di attendere alle sue faccende dopo un mese.

Oss. del Bianchi. Il Bianchi poco tempo dopo ottenne un egual successo sopra un giovine attaccato da idropisia recente di petto, conseguenza d'una pleurisia: malgrado ciò confessa che non oserebbe consigliare questa operazione frequentemente.

Osserv. di Senac. Essa è pure riuscita a Senac in un caso affatto simile. Un giovine il quale aveva sofferta una forte pleurisia, restò con una tale difficoltà di respiro, che non poteva trovar sollievo se non quando stava a sedere. Siccome pareva vicino a spirare gli fu fatta una puntura. Questa operazione procurò l'esito di sei litri d acqua gialla, e continuò a scolarne altrettanta nei giorni seguenti. Il malato fu guarito in meno di due mesi, e si trovò ben presto in istato di montare a cavallo.

Oss. di Morand. Il buon esito non è stato meno distinto in un fatto interessante che Morand comunicò già all'accademia di chirurgia, e che è inserito nel secondo volume in 4.° delle memorie di quella società. Un giovine di ventidue anni, a cui scomparve la rosolia il terzo giorno della malattia, soffrì subito gli effetti di questa metastasi. Tosto la febbre aumentò, il sonno si perdette, ebbe dolori alla testa, al collo, all'epigastrio, e soprattutto all'ipocondrio sinistro e al petto della stessa parte. Vi si aggiunse una tumefazione edematosa su tutto questo lato ed una grande difficoltà di respiro; il malato durava fatica a parlare; i suoi occhi erano infossati; aveva frequenti debolezze; finalmente tutto annunziava una morte vicina, quando Morand fu chiamato il cinquantesimo secondo giorno della malattia. Riconobbe che si era formato un ammasso di acqua

nel petto, e propose di evacuarla facendo un'apertura a questa cavità. Alcune incertezze gettate sulla natura del male lo impegnarono a contentarsi di portare un trequarti nel luogo di elezione, dopo aver depresso colle dita un'edema di più di ventisette millimetri di grossezza, per meglio conoscere l'intervallo delle costole; uscirono cinque litri di acqua, senza ciò che cadde sulla biancheria del letto, il che Morand valuta ad un sesto di litro. Sulla fine quest'acqua era purulenta, e ne riempì un piccolo bicchiere.

Il malato parve che ne rinascesse; il suo polso si rianimò; ebbe sudori e dopo sonno; ma l'oppressione ritornò prontamente, e dopo sette giorni le cose erano nello stato medesimo della prima volta. Allora Morand fece l'operazione dell'empiema, colla quale estrasse cinque litri d'acqua, e un poco più di sierosità purulenta della prima volta. Una faldella di filaccica sfilata fu introdotta nel petto; vi fu sostituita ben presto una tasta di filaccica delicate spalmata con un digestivo che si preparava al momento con rosso d'uovo e dodici gocce di balsamo di zolfo terebintinato.

Per mezzo di questa operazione, si dissiparono gli accidenti; ma il malato cadde in una emaciazione che fece di nuovo disperare della sua vita. Il latte, all'uso del quale fu posto per tutto suo nutrimento, lo rianimò; e fu sostituita una cannella d'argento alla tasta di filaccica. Quando questa cannella, col mezzo della quale si facevano delle iniezioni detersive, divenne incommoda, fu posta una tasta sottile e schiacciata coperta con empiastro di Norimberga: finalmente la ferita fu interamente cicatrizzata più di nove mesi dopo la prima invasione della malattia.

Morand conclude da questo fatto che la puntura al petto non avendo nulla di pericoloso in sè, dovrebbe farsi più spesso nel caso di idropisie di petto, le quali si presentano molto frequentemente: egli non dice che queste idropisie sieno qualche volta difficili a discernersi.

Vi è tanto meno da temere secondo lui, che i polmoni compressi dall'acqua si ristringano e si ritirino verso la parte superiore del petto; ove sono le loro principali adesioni. A questo ristringimento che si dissipa tardamente; attribuisce la difficoltà di respirare, piuttosto che al peso dell'acqua sul diaframma.

I fatti che abbiamo esposti mostrano che la paracentesi può essere fatta con buon successo al petto. Ma in quali casi? Quando l'idropisia, e piuttosto gli ammassi linfatici e purulenti che si formano in questa cavità sieno il deposito di una

malattia acuta, come una pleurisia o una peripneumonia; o quando succedono ad un trasporto di umori, come è avvenuto al malato di Morand, e che si presume che il malato tuttavia giovine abbia conservato una parte delle sue forze. Ma se sia avanzato in età, se sia fatto cagionevole per lo sviluppo della malattia che può essere cresciuta in una maniera lenta ed essere durata lungo tempo; se la causa di questa malattia non sia conosciuta, e che vi sia luogo di attribuirla alla decomposizione degli umori, o ad un' alterazione notabile dei visceri contenuti nel petto; se i sintomi che la caratterizzano non sieno di una grande evidenza, come accade per lo più, sarebbe cosa imprudente far penetrare un trequarti nel petto, e cercare di procurare una grande evacuazione di liquido che potrebbe essere seguita da esaurimento subitaneo, o esporsi al rischio di forare il polmone, se non si trovasse dell'acqua.

Idropisia del pericardio o idropericardio Segni.

L' idropisia del pericardio può essere classificata fra quelle del petto Questa malattia ha segni oscuri; pure essa cagiona un senso di gravezza e di angoscia ai luoghi ai quali corrispondono gli attacchi del mediastino. Vi si unisce una difficoltà di respiro prodotta dalla pressione che l' acqua esercita su i polmoni, e dall' imbarazzo che soffrono i moti del diaframma; e il malato ha tosse per la stessa ragione. Siccome l' azione del cuore è disturbata, soffre delle pulsazioni di cuore, delle sincopi frequenti, delle suffogazioni che si ripetono di tempo in tempo e il polso è duro, ineguale, piccolo e vivace. Ha i piedi gonfii e il viso pallido e tumefatto. Senac ha di più osservato in questa malattia un moto ondulatorio molto distinto alla parte anteriore e sinistra del petto, tra la terza, la quarta e la quinta costola, moto che egli ha detto farsi facilmente distinguere da quello che le pulsazioni del cuore fanno conoscere dalla stessa parte.

Puntura per questa idropisia.

La riunione di questi sintomi può dare una nozione assai precisa dell' idropisia del pericardio: basta essa per impegnare a far uso della paracentesi? Questa operazione è stata proposta, e Senac l' ha raccomandata come il mezzo il più sicuro per liberare il malato dal periglio imminente al quale è esposto, e il più idoneo ad assicurare l' effetto dei medicamenti interni che potrebbero essergli amministrati. Egli dice in qual maniera potrebbe praticarsi questa operazione. Il trequarti dovrebbe farsi penetrare tra le terza e la quarta costola spuria, e distante cinquantaquattro millimetri dallo sterno, per evitare l' arteria mammaria interna. La sua punta dovrebbe esser diretta in fuori e in basso, verso la base della cartilagine sifoide; e si dovrebbe aver l' attenzione

di portare l'istromento parallelamente alle costole, coll'oggetto di allontanarsi dal cuore e dal polmone. Van Swieten, che parla pure di questa operazione, e quasi negli stessi termini, dice che essa è stata proposta da Enrico Velne, in una raccolta di dissertazioni anatomiche e pratiche, che io non sono stato in grado di consultare; egli non si dissimula nè l'esser ella incerta, nè i pericoli ai quali può dar luogo. Infatti è difficile il giudicare della natura e della quantità del liquore stravasato: questo liquore può già avere alterata la sostanza del cuore che si trova spesso coperto con dense mucosità e purulente, o esulcerato molto profondamente negli stravasi di questa specie; altronde il cuore potrebbe rimaner ferito dal trequarti. Suoi pericoli.

Ecco delle forti ragioni per astenersi da simili operazioni: pure se i sintomi di questa specie d'idropisia si trovano riuniti, e che il malato sembri minacciato da una morte vicina, non si potrebbe egli scoprire il pericardio con una incisione che penetrasse nella cavità del petto, ed aprire quindi questo sacco colla punta del bisturino? Osservazioni incontestabili provano che lo è stato qualche volta accidentalmente, senza che ne sia risultato nulla di funesto. Si trova un caso di questa specie in Galeno. Quello che Harveo ci ha conservato è idoneo a rassicurarci su i pericoli dell'apertura di questo sacco membranaceo. Un giovine di diciotto anni che nella sua infanzia aveva avuto alcune costole fratturate per una caduta sul petto, conservava al luogo percosso un ulcera di una grande estensione, che era in parte guarita, e nella quale restava un vuoto tale che vi si potevano introdurre le tre dita maggiori della mano e il pollice. Delle carni fungose e mobili ne occupavano gli orli e il fondo. Harveo che esaminò queste ultime con attenzione vide che esse coprivano il cuore, al quale servivano di difesa. Queste carni suppuravano, e bisognava medicar l'ulcera con attenzione, e fare delle iniezioni nella loro cavità per portar via il pus che somministravano, dopo di che la piaga era coperta con una lastra di metallo. Il giovine godeva in apparenza della miglior salute; il suo stato parve tanto curioso ad Harveo, che inspirò a Carlo II il desiderio di vederlo a fine di contemplare i moti del cuore in un uomo vivente. Questo principe portò il dito su quest'organo, senza eccitare la minima sensibilità sul giovine malato. Come si potrebbe farla. Oss. di Harveo.

(Un uomo si presentò allo Spedale della Carità con tutti i segni caratteristici di un'idropisia al pericardio. I signori Dubois, Sue, Demangin, Desault, chiamati in consulto non si accordarono sulla causa da cui dipendessero i fenomeni che Oss. di Desault.

presentava il malato. Le opinioni furono divise; gli uni credevano che esistesse un idrotorace, e gli altri un idropericardio. Desault propose un' operazione che conveniva nell' uno e nell' altro caso: ed era di aprire il petto fra la sesta e la settima costola del lato sinistro dirimpetto alla punta del cuore, interessando la pelle, l' incrociamento dei muscoli grande obbligo e gran pettorale, e il piano degl' intercostali. Questo progetto fu adottato. L' incisione essendo stata fatta, Desault portò il dito nel petto, sentì una specie di sacco pieno di acqua, che prese pel pericardio. In conseguenza l' aprì con un bisturino smussato e diede esito ad una quantità d' acqua che uscì con un sibilo a ciascuna espirazione. Terminato lo scolo, il dito portato nella ferita sentì un corpo unito, appuntato, conico che pulsava. Fu creduto che fosse il cuore. Gli accidenti da prima si calmarono, ma ricomparvero il terzo giorno, e il malato morì nel quinto. L' apertura del cadavere fece vedere una falsa membrana che univa l' orlo del polmone sinistro al pericardio e formava il sacco che era stato inciso. Il corpo conico e appuntato che era stato sentito era pur troppo il cuore; ma involto nel pericardio, al quale era in gran parte adeso.

Processo consigliato da Skielderup.

Il processo adottato in questo caso da Desault fu sanzionato dall' approvazione generale dei pratici. Pure Skielderup professore di anatomia a Cristiania in Norvegia ha proposto una nuova operazione, che egli considera come la più vantaggiosa, ed anco come incapace di far correr pericolo al malato, nel caso che uno s' ingannasse sulla natura della sua malattia Questa operazione consiste nell' applicare una corona di trapano allo sterno, poco sotto il luogo ove quest' osso riceve la cartilagine della quinta costola del lato sinistro L' apertura deve essere tanto grande da permettere l' introduzione dell' indice nello spazio triangolare che lasciano fra loro le due lamine del mediastino. Questo dito destinato a riconoscere la fluttuazione del pericardio servirà nel tempo stesso di guida al bisturino. Le considerazioni anatomico-fisiologiche coll' aiuto delle quali Skielderup cerca dimostrare l' eccellenza di questa operazione analoga a quella che praticò Galeno in un caso di ascesso del mediastino, sono molto giudiziose; ma bisogna che le osservazioni patologiche ne dimostrino l' eccellenza.

Operazione proposta da Richerand.

Questi diversi processi non hanno per iscopo che dare uscita al fluido stravasato, e non sono proprii che a procurare una cura momentanea, e semplicemente palliativa della malattia. Richerand ha portato più lungi le sue vedute, e forzando, a di-

re il vero, tutt' i termini di una ragionevole analogia, ha concepito la speranza di assicurare la cura radicativa adoperando contro l' idropericardio dei mezzi anaoghi a quelli che si pongono in uso contro l' idrocele per istravaso, che si vuol guarire. Per giungere a questo risultamento ha consigliato di fare una larga finestra avanti al cuore, e d' incidere il suo sacco pieno d'acqua. L' azione dell'aria su questa membrana basterebbe, secondo lui, per decidere l' infiammazione adesiva delle superficie dopo l' evazione del liquido.

Questa proposizione ci pare talmente assurda, e tanto contraria alle leggi consacrate dalla pratica, che è superfluo esaminarne in questo luogo il valore).

Si formano due specie d' idropisie nel ventre, una che si chiama idropisia ascite, e l' altra che si chiama idropisia cistica. Nella prima il liquore è stravasato e sparso in tutte le parti della cavità. Nella seconda è contenuto in un sacco o cisti da cui trae il suo nome. L' una è più frequente, ed è comune ai due sessi: l' altra avviene meno spesso ed è più ordinaria presso le donne che presso gli uomini. Tutte due riconoscono per causa un ingorgo interno, al quale possono dar luogo una infinità di circostanze. Quello che produce l' idropisia ascite ha la sua sede in alcuno dei visceri del ventre, il di cui volume aumenta, e prende una durezza più o meno grande, senza perdere la sua forma e la sua apparente organizzazione. Quello che dà luogo all' indropisia cistica altera e distrugge ordinariamente l' organizzazione della parte che ne è affetta, cosicchè spesso si dura fatica a riconoscerla. Idropisia del ventre.

Queste due specie d' idropisie sono di dominio della medicina, ma quando esse sono giunte ad un punto considerabile esigono i soccorsi della chirurgia, le cui operazioni facilitano l' azione dei medicamenti, o procurano un sollievo che si aspetterebbe invano da quei medicamenti, e prolungano la vita del malato. Le operazioni di cui si tratta si limitano alla puntura o paracentesi, la quale consiste nell' estrarre l' acqua raccolta pungendo il ventre con uno stromento adattato a questo uso. Operazioni che vi convengono.

La puntura in questo caso d' idropisia ascite non può esser praticata che quando la quantità dell' acqua sia molto grande. Ciò si riconosce facilmente al volume del ventre, alla tensione delle sue parti, e all' ondeggiamento del liquido stravasato che si fa sentire in tutt' i punti di questa capacità; e di cui uno facilmente si assicura quando avendo una mano appoggiata per piano sopra uno dei suoi lati, si dà un colpo secco colle dita dell' altra mano sul lato opposto. Se questa circostanza non Paracentesi per l'idropisia ascite

ha luogo, se il ventre conserva ancora mollezza, se cada a destra e a sinistra nelle diverse attitudini che si fan prendere al malato, lo stravaso non è grande, e vi sarebbe da temere di ferire le parti interne.

Cosa bisogna preparare per farla. Il trequarti.

Riconosciuta la necessità della puntura bisogna preparare l'istromento di cui si vuole far uso, le pezze e il vaso necessario per ricevere il liquore, e i pezzi dell'apparecchio di cui si avrà bisogno dopo l'operazione.

Fino alla fine del secolo passato non si è conosciuto per questa operazione altro processo che quello di aprire il ventre con uno istromento stretto, acuto, tagliente da due lati, e di sostituirgli una cannella a traverso la quale le acque potessero scolar fuori. Alcuni facevano fare ai tegumenti una piega trasversale prima di tagliarli, poi li facevano ritirare o in alto o in basso, facevano penetrare il loro stromento a traverso i muscoli e il peritoneo, in modo che l'incisione della pelle non fosse parallela a quella delle parti interne. Alcuni penetravano direttamente nel ventre a traverso tutti gl'involucri. Pure vi erano alcuni che cauterizzavano prima di aprire affinchè la ferita si chiudesse con minor facilità, e che per un tempo più lungo desse passaggio alle acque ammassate nel ventre, o che potevano cadervi di nuovo. Questo metodo è descritto da Celso, come essendo in uso a suo tempo. Si trova ancora in Thevenin. Questo autore, che scriveva saranno circa cento trenta anni, lo pone nel numero di quelli di cui si può far uso per vuotare le acque ammassate nell'idropisia ascite. Pure si cominciava allora a servirsi del trequarti, istromento tanto comodo per i chirurghi che vantaggioso pei malati pel poco dolore che loro cagiona, il quale era stato inventato da Santorio, e la cui descrizione si trova ne' commentarii che questo medico ha fatti stampare sopra Avicenna nel 1625. Questo istromento portato dall'Italia in Olanda da Giacomo Block chirurgo d'Amsterdam, che ha molto contribuito a farlo conoscere, non era allora altro che una cannella d'argento armata con una punta conica ad una delle sue estremità, e traforata da alquanti fori verso questa punta per dare esito alle acque. Barbette sostituì poco dopo una punta schiacciata come ferro di lancia alla punta conica della cannella di Santorio, e Job-a-Meeckren ne fece costruire una il di cui calibro era molto maggiore.

Queste leggere correzioni non rendevano ancora l'istromento di cui si parla di un uso ben sicuro. La punta che doveva rimanere nel ventre, mentre scolavano le acque, poteva ferire le parti interne. Per ovviare a questo inconvenevole fu imma-

ginato di forare prima con un grosso punteruolo, e di sostituirvi una cannella che riempisse l'apertura che quello aveva fatto. Fu quindi armato il punteruolo di una cannella che vi si adattava esattamente e che poteva introdursi nel tempo stesso che quello s' introduceva. Il trequarti era tuttavia suscettivo di qualche perfezione. L'estremità del punteruolo aveva una forma conica; gli fu data quella di una piramide triangolare. È stato montato sopra un manico che dà più forza e più destrezza al chirurgo. Finalmente G. L. Petit ha armato la cannella con un becco di cucchiaio dalla parte che guarda il manico, affinchè le acque fossero più sicuramente dirette verso il vaso destinate a riceverle, e che colassero meno lungo il ventre del malato. Tale è lo stromento di cui si fa uso non solo per la puntura del ventre, ma ancora per quelle che si fanno altrove, e in tutte le occasioni ove non vi sia bisogno che di evacuare un liquido aqueo: si è veduto che Barbette aveva giudicato che sarebbe penetrato più facilmente se finisse in punta schiacciata più che in una punta conica. Questa disposizione è stata adottata dagl' inglesi, e singolarmente da Bell, che la propone come una cosa molto utile.

Altre cose da preparsi.

Bisogna dunque avere un trequarti fatto come abbiamo detto, o un punteruolo scannellato che finisca in una punta schiacciata alla maniera degl' inglesi; premunirsi di alcune gocce d'olio di oliva; coprire il letto con un lenzuolo a più doppii perchè non rimanga bagnato dall' acqua che può colare lungo il ventre; far preparare un gran vaso in cui possa esser ricevuto questo liquore, e preparare un' apparecchio il quale sarà composto di alcune compresse, che saranno tuffate nel vino caldo prima di essere applicate sul ventre, di uno sciugamani lungo e largo, piegato a tre doppii per fare una fascia a corpo, e di uno scapolare.

Situazione del malato e luogo della puntura.

Disposte tutte queste cose, si colloca il malato. Si è avuto per lungo tempo l'uso di farlo sedere sopra una sedia, e di farlo rovesciare all' indietro. Al presente si fa porre sulla sponda del letto, da quella stessa parte dalla quale si vuole operare. Quale dev' essere questa parte?. È egli indifferente di fare la puntura a destra o a sinistra? Quando appoggiando la mano sul ventre si sente a traverso l'acqua di cui è ripieno, un tumore scirroso da un lato, qualunque sia il viscere ingorgato, bisogna operare dall' altro, non per timore d'indebolire quello che è malato, come alcuni han detto, ma per non esporsi a ferire la parte divenuta scirrosa. Il luogo ove si deve immergere il trequarti è determinato in un modo diverso. Gli uni han creduto che bisognasse portarlo a quattro dita distante e sotto l'ombellico; ma tutte le parti del ventre essendo in una

grande estensione, il muscolo retto, che si vorrebbe evitare? potrebbe rimaner ferito operando così, perchè è molto largo. Altri han creduto meglio far la puntura in mezzo all' intervallo che separa l' ombellico e la cresta delle ossa degl' ilei. Monrò osserva giudiziosamente che questo punto è indeterminato attesa l'estensione della cresta di cui si tratta; in conseguenza vuole che si faccia la puntura fra l' ombellico e la spina anteriore e superiore delle ossa degl' ilei. La forma e le dimensioni del ventre cangiano talmente nelle persone malate d' idropisia ascite, che questo luogo non sarebbe nulla meno che favorevole alla evacuazione delle acque: quindi io ho sempre preso quello che occupa il mezzo fra l' orlo delle costole spurie e la cresta delle ossa degl' ilei, l' ombellico e la spina; e l' operazione fatta in questo luogo ha sempre avuto l' esito che io poteva aspettarmi.

All'ombellico. Circostanze particolari possono determinare ad immergere il trequarti altrove. Se la distensione che soffrono le pareti del ventre ha dato luogo all' allargamento dell' ombellico, e che le acque scacciando il peritoneo a traverso quest' apertura, e sollevando i tegumenti abbian dato origine ad un tumore più o meno elevato, pare che la pelle ed il peritoneo essendo le sole parti che si devono forare, la puntura fatta in questo luogo debba essere meno dolorosa, e riuscire egualmente bene. Pure Eistero non trova che il metodo di aprire all' ombellico sia vantaggiosa, per la ragione che le ferite di questa parte guariscono difficilmente, e che non si può procurare l' uscita delle acque se non che facendo porre il malato in una incomoda situazione. Morgagni pensa lo stesso. Pare che tema che la piccola apertura che risulta dall' introduzione del trequarti non permetta alle acque di uscire dal ventre per un tempo troppo lungo. Questa circostanza in vece di nuocere al malato potrebbe essergli utile prevenendo un nuovo stravaso, e dando alle pareti del ventre la libertà di riprendere il loro elaterio, e di esercitare la loro consueta pressione su le parti contenute in questa capacità. È certo almeno che le crepature spontanee all' ombellico, le aperture fatte al ventre per accidente, l' escare gangrenose che si sono formate alle pareti di questa cavità su persone affette d' idropisia ascite e che han dato luogo a lunghi scoli, sono state seguite dalla guarigione; il che avviene ben di rado quando ci contentiamo di fare la puntura. Veggasi a questo proposito Fabrizio Ildano, Roussert, e le miscellanee de' curiosi della Natura.

Agl' inguini. Parimente un sacco erniario non ridotto potrebbe essere dilatato dalle acque che cadono nel ventre, e formare lungo il

cordone dei vasi spermatici, e fino nello scroto un tumore aqueo, di cui sarà facile conoscere la natura dalla fluttuazione manifesta che esso presenta, dalla sua trasparenza, dalla facilità colla quale questo tumore apparisce quando il malato è in piedi o disteso, e dall' impulso che si comunica all' acqua che esso contiene quando si faccia tossire. Io trovo due esempii di puntura fatta in questo luogo; l'una di Gregorio Horstius, l'altra di Ledran. Il primo potrebbe apparire equivoco, avendo l'apertura dello scroto tumefatto dato esito ad una gran quantità di sierosità sanguinolenta, simile alla lavatura di carne, mentre l' acqua contenuta nel ventre delle persone attaccate da idropisia ascite ha tutt' altro carattere; ma la maniera colla quale Horstius si spiega in un' altro luogo della sua opera non permette di dubitare, che la sierosità di cui si tratta non venga dal bassoventre: perchè dopo aver detto che bisogna sceglier lo scroto di preferenza per far la puntura nei casi in cui il rilassamento del peritoneo permette alle acque di riunirsi, rimanda il lettore all' osservazione che ho citata. Oss. di Horstius.

L' esempio trasmesso da Ledran non lascia verun equivoco. Il liquore ammassato nello scroto era acqua, e veniva dal bassoventre che si vuotò completamente. Ma sopravvenne appoco appoco una tumefazione acquea di un volume enorme allo scroto, il quale acquistò una grossezza doppia di quella della testa, e questo ingorgo stette due mesi a dissiparsi. Ledran l'attribuisce al perchè l' apertura fatta al sacco erniario dal trequarti non era chiusa, cosicchè permise all' acqua che si stravasava di nuovo nel ventre d' infiltrarsi nel tessuto cellulare dello scroto. Se si presentasse un simile avvenimento, non bisognerebbe esitare nel fare una leggera incisione ai tegumenti dirimpetto il luogo della puntura, perchè l' acqua potesse escire a misura che essa escisse dal ventre e dal sacco erniario. Oss. di Ledran.

Pare che si sia pure pensato di far la puntura dal retto negli uomini, e dalla vagina nelle donne. Macarn chirurgo a Torino scriveva nel 1788 una lettera a questo oggetto al segretario dell' Accademia di Chirurgia. Diceva in questa lettera che aveva tre esempii di paracentesi praticate in questi luoghi. Un uomo era morto in seguito dell' operazione; una giovine donna viveva tuttavia. Domandava degli schiarimenti su questa maniera d' operare, e sulle conseguenze che essa poteva avere. Niuno ne aveva cognizione fuor che uno dei membri dell' Accademia, il Sig. Allan, che ha rammentato come nel 1766 egli aveva presentato alla Società una memoria, nella quale ricercava se la paracentesi eseguita in questa maniera non fosse riuscita meglio di quando si pratica in diversi punti della circonferenza del ventre. Al retto. Alla vagina.

Maniera di operare. Determinato il luogo della paracentesi ecco come deve farsi questa operazione. Il malato giacente colla testa e col petto appena sollevati, uno o due aiutanti intelligenti e forti posti dal lato opposto a quello sul quale si vuol operare premono sul ventre, in modo da spingere le acque da questa parte. Il chirurgo prende allora il trequarti colla destra, e dopo di essersi assicurato che il punteruolo di questo istromento passa facilmente nella cannella, e di averlo unto con un poco di olio, lo immerge nel luogo designato, osservando di scansare le vene che serpeggiano sotto i tegumenti, e che di ordinario sono eccessivamente dilatate. La maniera colla quale lo tiene gli dà tutta la forza di cui ha bisogno per penetrare a traverso i tegumenti, la tessitura dei quali è molto fitta alla parte anteriore del ventre, e che offrono qualche volta molta resistenza. Egli ne appoggia il manico sulla palma della mano, e allunga il dito indice sulla cannella per servire di moderatore al trequarti, e per impedire che non penetri troppo avanti. Il difetto di resistenza gli fa conoscere che sia giunto nel ventre. Allora prende il manico dello stromento col pollice e con l'indice della mano sinistra, prende la cannella colle stesse dita della man destra, ritira il punteruolo e permette alle acque di sgorgare.

Uscita e scolo delle acque. La pressione che fa fare sul ventre del malato dal lato opposto a quello sul quale opera, non ha solamente per oggetto di condurre le acque verso il luogo della puntura. Questa pressione deve continuare per tutto il tempo della loro uscita ed anco al di là come diremo. Il chirurgo sostiene la cannella senza cangiarla di posizione; pure qualche volta è obbligato d'inclinarla da una parte o dall'altra per facilitare lo scolo del liquore, il quale può essere interrotto da diverse cause, ma soprattutto dalla presenza d'una porzione d'intestino o di epiploon che viene a presentarsi alla di lei estremità. Qualche volta è necessario di far passare in questa cannella uno specillo bottonato per allontanare i corpi che la chiudono. Se con le acque uscisse qualche fiocco di materia glutinosa, o qualche straccio che avesse l'apparenza di membrana, si potrebbe tentare di tirarlo fuori, purchè non facesse resistenza o che la sua estrazione non producesse dolore. In questa maniera Morand estrasse altra volta (nel 1781) dal ventre d'un idropico per l'apertura fatta dal trequarti un corpo bislungo, che aveva posto ostacolo allo scolo delle acque, e che fu trovato essere una membrana tanto sottile quanto una tela di ragno avvolta su sè medesima. Questo corpo uscì con facilità, e senza che il malato soffrisse dolore; e fu seguito dallo scolo delle acque dalla cannella, la quale fu facilmente rimessa. Morand ri-

Oss. di Morand.

guardava la membrana di cui si tratta come una cisti nella quale erano state contenute le acque; e lo storico dell' Accademia delle Scienze dice, senza dubbio dietro lui, che questa cisti doveva essere stata formata dalle particelle più dense delle sierosità spinte e gettate verso la circonferenza dell'acque dalle parti più sottili che ne occupavano il centro. Questa spiegazione poteva sembrare soddisfacente allora: essa non sarebbe oggi adottata; ma il fatto sussiste.

Nel percorrere i libri dell' arte fa meraviglia il vedere con quale timidità i nostri predecessori praticavano l' operazione della paracentesi. Quasi tutti han raccomandato di non estrarre che una parte delle acque raccolte per mezzo di questa operazione e di cominciare tre o quattro volte per ottenere la loro totale evacuazione. Alcuni prescrivono di lasciare la cannella nel ventre a fine di estrarla appoco appoco. Tutti parlano delle sincopi e delle debolezze spaventevoli quando si evacuano tutte ad un tratto. Questi sintomi sembra che procedano da ciò che il diaframma cessando di essere sostenuto, si abbassa sul momento, porta seco il cuore e i grossi vasi; o dal farsi nel sistema vascolare del ventre una subitanea deviazione, che dovrebbe portarsi alle parti superiori. Senza dubbio noi viviamo l' uno e l' altro di questi due effetti, o tutti due a un tempo, colla situazione giacente che diamo ai malati, e soprattutto colla pressione che facciamo esercitare sul ventre nel tempo che le acque sgorgano, e che continuiamo dopo il loro scolo, per mezzo di fasciature, colle quali comprimiamo questa parte: perchè noi estragghiamo tutte le acque a un tempo senza vedere i malati cadere in deliquio. Bisogna dunque procedere in questa maniera. Se il malato prova qualche debolezza si possono dargli una o due cucchiaiate di vino di Spagna o di qualunque altro buon vino. Quantità di acqua da estrarsi.

Evacuate le acque, il chirurgo prende il padiglione della cannella fra il pollice e l' indice della mano sinistra, ed appoggiando colle stesse dita della destra sugli orli della piccola apertura fatta dallo stromento, la ritira dolcemente, ed ella esce senza produrre nessun dolore. Ordinariamente non esce che poco sangue. Pure è possibile che la ferita ne renda di più, ed anco una quantità che potrebbe divenire imponente se non si fosse trovato un mezzo ben semplice di opporsi a questa emorragia. Bellocq in un caso di questa specie, nel quale aveva provata un poco di resistenza nel ritirare la cannella, credette che si sarebbe reso padrone del sangue mettendo sulla ferita una compressa più grossa, e tenendo la fascia da corpo più stretta del solito. Questi pezzi dell' apparecchio essendo Estrazione della cannella. Emorragia. Oss. di Bellocq.

stati sul momento imbevuti di sangue, ne pose delle altre che facevano più forte compressione. Il sangue ricomparve di nuovo, adoperò per fermarlo altre compresse più grosse, che ritenne con una di quelle cinture di cui fanno uso coloro che corrono la posta. Il malato era assiso in una gran poltrona un poco rovevciato in dietro. Il sangue parve fermato, ma, colava lungo le reni, e andarono ad avvisarlo che cadeva sul pavimento. Bellocq giunto presso il malato vide che bisognava porre in uso mezzi più efficaci. Un' emorragia molto grave, conseguenza di un dente levato, non era stato possibile fermare se non con l' avere immaginato di fare entrare a forza nell' alveolo un pezzo di cera ammollita, la quale insinuandosi in tutt' i punti di questa cavità, aveva portata la compressione fino sull' arteria lacerata. La memoria di questo fatto gli suggerì l'idea di fare uso di un cilindro di cera che riempiva il tragitto percorso dal trequarti, e che lo comprimesse in tutt' i sensi. Ne preparò uno con la cera gialla, e lo introdusse tanto avanti quanto potè, coll' avvertenza di spianarne l'estremità sul ventre. Il sangue fu fermato sul momento. Sopravvenne un ecchimosi intorno alla piccola ferita, che s' infiammò e suppurò. Bellocq allora giudicò che il cilindro di cera non fosse più utile, e volle ritirarlo. Ma questo cilindro si ruppe, in modo che bisognò aspettare che quel che era rimasto nella ferita uscisse per mezzo della suppurazione.

Per evitare questo inconvenevole adoperò una di quelle piccole candelette che si pongono nelle lanterne portatili, colla veduta d' impedire che l' acqua che continuava ad escire dal ventre di un' altro idropico dall' apertura del trequarti, non escisse, il che era molto incommodo al malato il quale ne era bagnato e raffreddato. La cera sostenuta dal lucignolo uscì tutta intera, quando si pensò di cavare la candeletta. Bellocq avrebbe potuto servirsi con maggior sicurezza di una candeletta emplastica come quelle che si preparano per le malattie dell' uretra.

Medicatura. Se non viene sangue, non rimane fare altro che medicare il malato e rimetterlo nel letto. Si applica la grossa compressa sulla ferita, dopo averla inzuppata nel vino caldo; poi si sostiene colla fasciatura da corpo, che si ha l' attenzione di porre sotto il malato prima di operarlo, e che si passa dopo sotto le sue reni, e che si stringe molto perchè il ventre sia ben contenuto. Questa fascia è pure assicurata da uno scapolare.

Compressio- La compressione del ventre è sembrata sì utile al Monro nel tempo e dopo l' operazione, che per farla ha adoperato

una fasciatura particolare fatta con tela forte, foderata di flanella fina, finestrata al luogo ove conviene fare la puntura, e guarnita di cinghe e di fibbie, mediante le quali può essere stretta a misura che le acque sgorgano. Questa fasciatura ingegnosa è descritta ne' saggi di Edimburgo tom. 1. Monro dice essersene servito con successo. Pure pare che altri ne abbiano fatto uso anco in Inghilterra, ove si applica intorno al ventre una fascia di flanella lunga dieci o dodici metri, e larga tredici centimetri, colla quale si fanno delle circonvoluzioni in giro, come con tutte le altre fasce avvolte. Questa deve essere rinnovata per qualche giorno. Essa mi pare bene adattata per adempire a quell'oggetto e non vedo altro inconvenevole che quello di mettere nella necessità di tenere il malato sollevato nel tempo della sua applicazione. ne e fasciatura di Monro

Se la compressione che si esercita sul ventre in seguito della paracentesi non avesse altro oggetto che di prevenire la debolezza nella quale si dice che i malati altre volte cadevano, in mancanza di questa compressione di cui Scarp attribuisce il consiglio a Mead, basterebbe di farla in ventiquattr'ore; ma essa ha un'altra utilità. La disposizione del sistema vascolare del ventre è tale, che il sangue che ritorna dalle viscere per le reni si restituisce nel tronco della vena porta ventrale, e in seguito in quello della vena porta epatica, la quale si divide nel fegato al modo delle arterie, e distribuisce alle diverse parti di questo viscere glandolare il sangue che deve servire alla filtrazione della bile. La forza che determina questo sangue a versarvisi è quella che risulta dall'azione simultanea del diaframma e dei muscoli del ventre, che esercitano su quella una pressione eguale e continua. La bella osservazione di Boerhaave lo prova incontestabilmente. Egli ha spesso osservato quando apriva degli animali viventi, che le arterie e le vene del ventre si riempivano appoco appoco, e che acquistavano tanta maggior grossezza quanto siffatti animali sopravvivevano più lungo tempo all'apertura di questa capacità. La causa di un tal fenomeno si è a lui presentata. Finchè le parti sono nella loro integrità, il sangue delle vene porta ventrale ed epatica obbedisce all'azione dei muscoli del ventre. Quando quest'azione non esiste più, si riunisce nella seconda di queste vene che non può oltrepassare, poi nella prima, e finalmente nelle arterie corrispondenti, in maniera che questi vasi si riempiono. Ciò che accade allora avrebbe luogo dopo l'operazione della paracentesi, se non si supplisse all'azione dei muscoli con una compressione esterna. Prima che le acque sgorghino, questi muscoli sostenuti da quella esercitano la loro azione ordi- Utilità della compressione.

naria sulle vene. Uscite che sono le acque, cadono in un indebolimento tanto più grande, che la quantità d'acqua che si è evacuata è stata più considerabile. Essi cessano in qualche modo d'agire, e il sangue non esce più colla sua facilità ordinaria. Esso riempie e gonfia i vasi, il che produce delle coliche, e lascia trasudare una parte della sua sierosità che cade nel ventre; o comprime i vasi linfatici che accompagnano quasi per tutto i vasi sanguigni, e dà luogo al trasudamento di una parte della linfa che contengono. Nulla è più proprio adunque a facilitare il pronto ritorno dell'idropisia ascite quanto il difetto della compressione sul ventre, e per conseguenza nulla può essere più efficace per opporvisi quanto l'esercitare questa compressione in una maniera tanto esatta e tanto lunga, quanto il malato può soffrire. Bisogna però convenire che è cosa rara che questo mezzo riesca. L'idropisia ascite è soggetta a rinnovarsi ed è spesso mortale.

Maniera di operare all'ombellico. Agl'inguini.

Nel caso in cui l'ombellico si trovasse prominente, l'operazione della paracentesi non differirebbe in niente da ciò che è stato detto, eccetto che il malato, invece d'essere giacente sul dorso, lo sarebbe per parte, e che si farebbe inclinare sul davanti, affinchè le acque avessero più facilità di uscire. Se fosse lo scroto bisognerebbe che fosse situato sul dorso, come nel caso il più ordinario, e che il liquore fosse ricevuto in vasi posti fra le cosce, e che si farebbero succedere gli uni agli altri a misura che si riempissero. Si ha soprattutto l'avvertenza di ben vuotare il ventre per impedire l'infiltrazione dello scroto, di che è stato precedentemente parlato dopo l'osservazione del Ledran.

Come bisognerebbe operare se si mancasse del trequarti.

Finalmente resta a sapersi ciò che bisognerebbe fare se mancassero tutt'i soccorsi, e che non si avesse il trequarti. Nel caso che la circostanza fosse pressante, si potrebbe preparare una cannella con piombo battuto, e operare alla maniera degli antichi, cioè immergere addirittura un bisturino nel ventre, per fare agl'involucri di questa cavità un'apertura che potesse ricevere la cannella. Scolate le acque e ritirato questo istromento, si coprirebbero gli orli dell'apertura con un empiastro agglutinativo, come il diachilon semplice, la cui azione secondata dall'apparecchio basterebbe per ottenere la guarigione. Questo processo parrebbe preferibile a quello che è stato raccomandato d'incidere i tegumenti e i muscoli in due tempi, perchè la ferita di una di queste parti non corrisponda a quella dell'altra, lo che esporrebbe meno alle infiltrazioni che non mancherebbero di accadere, se rimanesse una certa quantità di acqua nel ventre, o che venisse ad ammassarsene della nuova.

Non vi è forse una sola parte di questa cavità che non possa divenire la sede dell' idropisia cistica. DeHaen riferisce l' istoria d' una donna di quaranta anni, divenuta idropica, dalla quale erano stati estratti trenta litri di acqua rossastra e glutinosa. Dopo esserne stata sollevata per qualche tempo ricadde nello stato in cui era prima della puntura e morì. L' istesso medico ha osservato un' altra idropisia cistica, la quale aveva la sede nell'epiploon. Questa parte era adesa anteriormente al peritoneo e posteriormente agl' intestini. Essa aveva sofferta cotanto grande distensione che conteneva cinquanta litri di liquore. La malata morì dopo l' ottava puntura, e tutte avevano somministrata l' istessa quantità. Munck aveva già incontrato una idropisia cistica nell' epiploon. Il tessuto cellulare del peritoneo è più ordinariamente la sede di questa malattia, o sia quello che separa questa membrana dai muscoli del basso ventre, o quello che riveste la parte posteriore di questa cavità. Ma l' idropisia cistica non si forma in nessuna parte così spesso come nell' ovaia, il che fa che essa sia più comune e più frequente presso le donne che presso gli uomini. Malgrado gl' ingorghi di ogni specie che la precedono o l' accompagnano e le adesioni più o meno moltiplicate che questi organi distesi contraggono con le parti adiacenti, è facile il vedere che una delle ovaje, e qualche volta tutte due ne sono la sede. Allora l' umore non è più contenuto in una sola cavità essa ne riempie due che sono essenzialmente distinte. Nel primo caso, quando anco non vi sia che una sola ovaia malata, il liquore stravasato ha spesso parecchi centri separati da setti, la grossezza dei quali varia molto.

Segni dell' idropisia cistica.

Se si volessero riportare alle idropisie cistiche gli ammassi enormi di liquido che si sono qualche volta incontrati nell' utero o nello stomaco, bisognerebbe mettere questi due visceri al numero delle parti, ove si possono formare queste sorte d'idropisie. Una delle dieci osservazioni pubblicate nel 1725, a Strasburgo da Nicolai fa menzione di una donna di sessanta anni, all' apertura del cui cadavere fu trovato l' utero eccessivamente grosso, e formante un sacco, le cui pareti avevano una durezza che si avvicinava a quella delle cartilagini. Questo sacco conteneva sedici misure di un liquore denso simile alla morga dell' olio. L' orifizio ne era strettamente chiuso. Numerose idatidi occupavano la sua faccia esterna. La massa delle intestina era risalita verso il diaframma. Non vi si vedeva alcun vestigio di ovaia. Quasi tutte le parti interne del ventre offrivano delle scirrosità. La malattia aveva cominciato da dodici anni, in seguito di una cattiva gravidanza. Io non posso fis-

Idropisia cistica dell' utero.

Oss. di Nicolai.

sare in una maniera precisa l'idea sulla quantità del liquore che questo utero conteneva, perchè non so la capacità della misura di cui si è fatto uso per determinarla. Ma si può giudicare di quale prodigiosa estensione sia suscettivo l'utero, e quanto liquore vi si possa raccogliere, se ci sovverremo che il Vesalio ha una volta trovato in questo sacco novanta litri d'acqua sierosa, *centum et octuaginta libras*, in un cadavere di cui tutte le parti erano sane, e le di cui estremità non offrivano la più piccola apparenza di edema.

Oss. del Vesalio.

Nello stomaco. Oss. di Jodon.

Riviere riferisce, dopo Antonio Jodon medico di reputazione ad' Auxerre, l'istoria di una raccolta abbondevole di umori nello stomaco, la quale fu presa per idropisia. La malata era di età di quasi quarantotto anni, quando cominciò ad ammalarsi. Avendo sentito che il ventre s'inalzava, essa si credette incinta. Quando fu passato il termine della gravidanza, essa riconobbe che aveva qualche sconcerto interno, e consultò il suo medico. Questo le amministrò parecchi rimedii i quali furono senza successo. Il ventre diveniva enorme. Sopravvennero oppressioni, febbre, inquietudini alle gambe, e la morte pose termini ai suoi incomodi. Il corpo di questa donna essendo stato trovato sproporzionato alla bara che lo doveva ricevere, i suoi parenti pregarono il dott. Jodon a farne la sezione. Una puntura fatta al ventre colla punta d'uno scalpello ne lasciò uscire una quantità d'acqua che fu valutata a quarantacinque litri. Sulla fine quest' acqua pareva torbida e che contenesse un sedimento. Il luogo da cui scolava essendo stato chiuso con uno turaccio fece maraviglia trovare lo stomaco adeso al peritoneo: ulteriori ricerche fecero vedere che il turaccio era penetrato nella cavità di questo viscere, che era eccessivamente dilatato, e i due orifizii del quale avevano conservato la loro respettiva distanza. Vi era tuttavia moltissima quantità di questo sedimento che era venuto dopo lo sgorgo delle acque, cosicchè si può dubitare che lo stomaco non sia stato la sede di questa singolar malattia.

Specie di liquidi contenuti nelle idropisie cistiche.

Il carattere del liquido che la formava era assai comune al più gran numero delle idropisie cistiche. Quello che vi si trova o che si fa uscire colla puntura non è chiaro, limpido, senza odore e di un color cedrino come l'acqua ammassata nel ventre delle persone malate d'idropisia ascite. Questo liquido è più o meno intenso di colore, fino ad essere affatto bruno. Esso porta secò un sedimento la cui densità e quantità variano, e nel quale si distingue qualche volta del pus e dei grumi di sangue, e sparge spesso un odore disgustoso ed anche fetido. La consistenza ne è pure differente: di rado è perfetta-

mente limpida: vi si trova una viscosità ora mediocre, ora tanto grande che questo liquido rassomiglia perfettamente a gelatina. Si vede un esempio di questa ultima disposizione nell' osservazione communicata all' accademia di chirurgia da Laporte. Quantunque la fluttuazione fosse ben distinta, non escì nulla dalla cannella del trequarti. Una tenta fu introdotta in questa cannella, fino nel ventre, e portò seco una sostanza gelatinosa molto densa e trasparente. Laporte si servì il giorno dopo d' un trequarti più grosso, e la di cui cannella aveva una scannellatura praticata, sulla sua lunghezza. Questa cannella gli servì ad introdurre fino nel centro del tumore un bisturino col quale egli fece una incisione di dieci centimetri di lunghezza. Escì dal ventre una massa di gelatina grossa come il capo di un bambino. Ne furono quindi estratti cinque litri e dipoi diciassette in due ore e un quarto di tempo. I primi giorni ne somministrarono anche molta. In seguito non vennero che delle sierosità, e la malata morì il decimo terzo giorno. Io mi sono incontrato in un caso della stessa specie; ma istrutto dall' esempio che ho citato, del pericolo eccessivo di aprire il ventre in una simile circostanza, quando io mi fui assicurato della natura dell' umore contenuto, di cui giunsi a fare uscire una piccola quantità dalla cannella del trequarti, tolsi questo istromento, e rinunziai ad ogni progetto di operazione. La malata sopravvisse più d' un anno. È probabile che operandola sarebbe morta in pochi giorni.

Oss. di Laporte.

Osserv. dell'Autore.

Io non debbo omettere che l' umore che si trova nelle idropisie cistiche può essere chiloso. L' istoria dell' Accademia delle Scienze per l' anno 1725 dice che nel ventre di un giovine morto indubitatamente di consunzione, fu trovato un tumore nel ventre che ne occupava quasi tutta la capacità e che penetrava nel petto seguendo l' aorta. Questo tumore, di cui non determina le dimensioni in una maniera precisa, conteneva un liquore bianco quanto il latte, in gran parte fluido e in parte condensato come cacio, ma però senza odore. Quando fu staccato dalle parti adiacenti, e dalla colonna vertebrale ov' era fisso, si trovò del peso di quasi quattro chilogrammi, senza valutare il liquore ch' era escito. Le sue parti erano molto bianche. L' istorico dell' accademia dice bene, secondo l' osservazione dell' autore, che la prima causa del male dovess' essere stata la rottura di qualcheduno dei vasi lattei che traversano il mesenterio, in conseguenza dell' ostruzione delle glandule di questa parte, il che rende ragione della formazione del tumore: ma manca a questa osservazione il ragguaglio particolare degl' incomodi che l' individuo ha sofferto negli ultimi

Idropisia cistica chilosa

Oss. di Morand.

tempi della sua vita, e delle adesioni che presentava il tumore.

Idatidi. Parlando dell'ammasso considerabile di umore trovato nella matrice di una donna, morta dopo essere passata per dodici anni come malata d'idropisia cistica ordinaria, ho detto che Nicolai aveva osservato che la faccia esterna di questo viscere era coperta di molte idatidi. Questi corpi che si mostrano sotto la forma di vescichette ovali di diversa grossezza, da quella di un grosso uovo di tacchina, fino a quella di un granello di canapuccia; che si trovano isolate le une dalle altre, e natanti in un liquore più o meno trasparente, ripiene esse pure d'un liquore simile contenuto in un involucro estremamente sottile, e di colore latteo, si vedono qualche volta in diverse parti del corpo, ma più frequentemente nelle idropisie cistiche, in qualunque luogo del ventre ove queste idropisie cistiche abbiano preso origine. Si è creduto per lungo tempo che esse fossero formate dalla dilatazione dei vasi linfatici, i quali ripieni di una quantità eccessiva di liquore fra le due valvole, presentavano le apparenze di una serie di corpi ovoidi, i quali pervenivano a separarsi gli uni dagli altri. Quelli che hanno proposta ed abbracciata questa singolare opinione non dovevano però ignorare, che Tison aveva altre volte riconosciuto che le idatidi, frequentissime nelle pecore malate ed idropiche, e in altri quadrupedi, e indubitatamente analoghe a quelle dell'uomo, erano vermi di una specie particolare che aveva designati sotto il nome di *lumbrici hydropicorum*. Pallas, *Miscellanea Zoologica*, *Hague comitis* 1766, dà loro il nome di *tenia hydatigena*. Egli crede che questi vermi che ha spesso osservati nei quadrupedi sani, come in quelli che erano idropici, ora soli, ed ora in un numero più o meno grande, non sono più la causa o l'effetto d'una malattia, che la tenia o gli altri vermi che si tengono qualche volta tutto il tempo della vita senza esserne incomodati. L'esame che egli ne ha fatto lo porta a pensare che le idatidi in questione sieno differenti da quelle piene di liquore che si riscontrano in tutte le parti del corpo dei quadrupedi, eccettuato il ventre e sopratutto dalle idatidi che si trovano nella specie umana.

Le nuove osservazioni non lasciano più verun dubbio su

Idatidi umane. questo articolo. Le idatidi umane differiscono forse in qualche cosa da quelle de' quadrupedi, ma sono pure vermi della specie della *tenia idatigena* di Pallas. Si può consultare riguardo a ciò l'osservazione che Werner sotto-dimostratore di anatomia a Lipsia ha pubblicata nel 1782 sotto il titolo, *Vermium intestinalium expositio*. Questo medico ha scoperto per la pri-

ma volta l' insetto al quale appartengono le idatidi umane, sul corpo di un soldato sommerso, che dissecò nel mese di gennaio, e che era stato sotto acqua per quindici giorni: non trovò gl' insetti di cui si parla che in alcuni intervalli dei muscoli. Avevano resistito all' azione del freddo, e dettero segni di vita quando furono immersi nell' acqua tiepida. Ne fu posto qualcheduno nell' acqua che si gelò, e che rimase in questo stato per otto giorni. Dopo questo tempo diedero pure segni di vita quando vennero immersi nell' acqua tiepida. Pare che questa specie di tenia faccia di rado uscire il suo corpo dall' idatide. Essa differisce dagli altri vermi a vescica degli animali, perchè ha una membrana vaginale, nella quale può ritirarsi, e due vescichette trasparenti su i lati di questa membrana vaginale. Tutto porta a credere che essa si riproduca in una maniera analoga a quella di parecchi altri insetti, e che ciascuno individuo riunisca i sessi.

Segni della idropisia cistica incipiente.

La lentezza colla quale ordinariamente crescono le idropisie cistiche, il poco incomodo che producono finchè non abbiano acquistato un volume molto considerabile, e la forma del ventre delle persone che ne sono affette sono segni per i quali si possono distinguere dall' idropisia ascite. In fatti esse per lo più si mostrano sotto l' apparenza di un tumore mediocre che sta lungo tempo a svilupparsi, e nel quale non si vede che una durezza più o meno grande, senza fluttuazione. Questo tumore occupa la parte del ventre che corrisponde alla sede della idropisia. Quando questa parte è una delle ovaia, essa è mobile, e cangia di posto, secondo la situazione che prende il malato. Non vi è dolore, e la persona incomodata non soffre che un senso di distinsione o di peso che corrisponde al volume del tumore.

Segni dell' idropisia cistica avanzata.

A misura che il male va crescendo cangiano le circostanze. Le parti corconvicine oppresse dal peso della parte tumefatta o distesa in conseguenza dell' adesione a queste parti, cominciano a divenir sensibili. Il ventre s' inalza dal lato malato. L' ondeggiamento del liquido non si porta ancora da una parte del ventre alla parte opposta; ma si fa sentir distintamente. Le funzioni dei visceri si eseguiscono con libertà, e con regolarità. Non vi è sconcerto nè nella escrezione delle orine, nè in quella delle materie fecali. Se l' idropisia ha luogo in una donna che sia giovane; le sue evacuazioni periodiche si fanno secondo il consueto.

Segni dell' idropi-

Finalmente quando la malattia è giunta a segno da occupare tutta l' estensione del ventre, questa capacità non presenta più che un vasto tumore, nel quale la fluttuazione è più o

sia cistica che occupa tutto il ventre.

meno sensibile, e si fa sentire da una parte all'altra, quando avendo appoggiata la palma della mano sopra un lato, si batte sul lato opposto coll' estremità delle dita dell' altra mano, come nell'ascite. Questa circostanza ha spesso imposto ed ha fatto prendere alcune idropisie cistiche per idropisie asciti. Pure con poca attenzione si possono facilmente discernere le une dalle altre; perchè nella prima specie d'idropisia il ventre conserva la sua forma, qualunque situazione prenda il malato, laddove nella seconda il peso delle acque lo porta a cadere sul lato, sul quale giace il malato. La lentezza o la prontezza colla quale queste idropisie si formano, e la natura degl' incomodi, che sono meno grandi in quella che è cistica, sono segni bastantemente chiari. Ne siamo pure assicurati dalla specie di liquore che scola quando se ne faccia la puntura, perchè questo liquore presenta i caratteri che ho precedentemente esposti.

Cosa divengono le idropisie cistiche.

È possibile, anzi è molto ordinario, che le idropisie cistiche si limitino e che diventino stazionarie. Per lo più ciò non accade se non quando sono giunte ad occupare tutta la capacità del ventre. Esse sono molto incomode per il senso di gravezza che ne è inseparabile, e per la difficoltà di muoversi. Del rimanente esse poco sconcertano la salute. Si sono vedute persone che ne hanno portate lunghissimo tempo; ed io ne ho conosciute parecchie in simil caso. Tascheron ha trovato una idropisia nell' ovaja di una donna non maritata in età di ottantotto anni, la cui malattia era incominciata a trenta. Questa cisti occupava tutta la capacità del ventre, eccettuato il bacino. Nel tomo I. delle *medical observations and inquires* si fa menzione d'una idropisia cistica che è durata quarantaquattro anni. La sua sede era sotto il peritoneo. Essa conteneva cinquantun litro di un liquore di cattivo odore. Due volte ho fatto la sezione di donne estremamente avanzate in età, poichè eran giunte agli ottanta anni, alle quali il ventre era cominciato a crescere ai trenta. Esse avevano delle raccolte di umori considerabilissime, che erano rinchiuse in sacchi distinti, e questi sacchi erano appoggiati sopra ammassi di scirrosità, che sembravano avere avuto origine in una delle ovaie, e forse in tutte due.

Osserv. di Tascheron.

Altra osserv.

Esse non richiedono veruna operazione.

Quando adunque le idropisie di cui parliamo fanno dei progressi, o quando esse han cessato di farne, e che non producono che incomodi mediocri, la prudenza, l'umanità comandano di astenersi dal farvi la puntura, per quanto sollievo ne possano sperare i malati. In fatti l'esperienza insegna che una idropisia cistica che sia stata vuotata, non tarda molto a formarsi di nuovo, cosicchè una prima puntura porta seco ben

presto la necessità di farne una seconda, una terza ed un numero anche molto maggiore. Se fossimo sicuri che il ventre impiegasse molto tempo a riempirsi, forse le punture sarebbero più utili che nocive: ma si osserva che l' acqua vi si raccoglie con tanta maggior prontezza, quanto più si sono succedute fra loro le punture; cosicchè quei malati non tardano molto a spossarsi e a morire, laddove avrebbero potuto vivere molto più, se avessero avuto la forza di resistere ai loro incomodi.

Pure se questi incomodi divenissero eccessivi, non sarebbe possibile di dispensarsi dal ricorrere alla puntura, che li calma per un tempo più o meno lungo, e che prolunga la vita al malato. Si trova la necessità di fare questa puntura quando la febbre lenta e i dolori che sopravvengono danno luogo a temere che la distensione della cisti sia stata seguita dalla crepatura dei vasi di ogni specie, che serpeggiano sulla sua faccia interna, dalla effusione del sangue e degli umori che questi vasi contengono, o dalla escrezione delle mucosità o del pus, che mescolandosi al liquido stravasato e passando nel sangue, farebbero cadere il malato in consunzione. Gl' incomodi che soffrono le persone affette da idropisia cistica giungono pure al punto di non potere essere sopportati, quando queste idropisie acquistano un gran volume. De Haen ha veduto una donna il di cui ventre aveva trenta centimetri dalla bocca dello stomaco all' ombillico, e sessantacinque dall' ombillico al pube. La fluttuazione era sensibile per tutto. Malgrado questa gran distensione non ne uscirono che diciannove litri di liquido. La malata morì dodici ore dopo. Il corpo esalava cattivo odore che non fu possibile farne l' apertura. Un' altra donna, di cui Mouton ha comunicato l'osservazione all'accademia di chirurgia, aveva il ventre tanto elevato che aveva dugento undici centimetri di circonferenza, e cento sette solamente dall' appendice sifoide al pube. Questa malattia non era stata a formarsi che due anni. All' apertura del cadavere uscirono sessanta litri di liquido, senza odore, della consistenza e del colore della feccia di vino. La cisti in qualche luogo aveva fino ad undici centimetri di grossezza. Era sparsa d' idatidi. I muscoli del basso ventre erano quasi onninamente cancellati. Non vi era alcuno sconcerto ne' visceri. Quando il volume del ventre è diventato tanto considerabile, i malati non respirano più che con molta difficoltà, si muovono con pena, le funzioni sono turbate, le orine cessano di uscire, le estremità inferiori diventano edematose, e la vita è molto prossimamente minacciata. Bisogna venire a loro soccorso facendo la puntura, qua-

Pure esigono qualche volta la puntura. In quali circostanze.

Oss. di De Haen.

Oss. di Mouton.

lunque sia il timore che possiamo avere di dover venire per necessità a ripetere spesso questa operazione. Del rimanente se ne sono veduti alcuni che l' hanno sofferta un gran numero di volte, e che essa ha conservata la loro vita per lungo tempo. Mead parla di una donna alla quale furono fatte sessantacinque punture. Laflise chirurgo a Nancì l' ha eseguita novantotto volte sopra di una medesima malata. Cavava ogni volta quindici litri di liquore. La malata stette dieci anni senza aver bisogno di ricorrere a farsi la puntura, quantunque essa avesse il ventre estremamente grosso. Dopo questo tempo bisognò farla di nuovo, ed essa morì.

Osserv. di Mead e di Laflise.

Oss. di Ledran sulla cura delle idropisie cistiche.

Ledran dopo aver fatto conoscere con molta esattezza la natura delle idropisie cistiche, e i segni che le caratterizzano, dice che si possono guarire colla puntura o coll' incisione.

La puntura.

La puntura gli sembra dover riuscire quando la cisti sia unica, quando abbia poca estensione, e quando il tumore del ventre presenti una fluttuazione manifesta. Conviene che si è obbligato spesso replicarla, ma essa si oppone all' aumento della malattia, e procura qualche volta una guarigione radicale. Ledran dice averne veduti degli esempii.

L' incisione.

Quando vi sono più cisti, quando la fluttuazione non è sensibilissima, e soprattutto quando la malattia ha fatto molti progressi, crede che bisogni ricorrere all' incisione, la quale deve farsi alla parte più declive del tumore. Questa operazione procura l' esito dell' umore riunito nella porzione della cisti che è stata aperta. Se vi sono altre cisti che comunichino colla prima, esse si aprono, e non lasciano uscire il liquore che vi è contenuto se non che quando la suppurazione abbia distrutto le loro pareti, o quando il difetto di sostegno le obblighi a cedere. Allora si vede un liquore più o meno limpido mescolarsi a quello che somministrava la cisti aperta per incisione, e che era in parte purulento. La ferita deve essere ripiena con una striscia di tela sfilata, alla quale si sostituisce una tasta in tempo più avanzato, e quindi una cannella che offre una strada libera agli scoli, e che permette di fare delle iniezioni detersive. Con questo processo la cisti o le cisti si vuotano, le loro pareti suppurano, si detergono e si ravvicinano, e non rimane se non che una fistola con un leggero trasudamento.

Oss. di Ledran in appoggio dell'incisione.

Questa dottrina è confermata da osservazioni d'idropisie cistiche che Ledran ha curate in questa maniera, e delle quali ha comunicata l'istoria all' accademia di chirurgia. L' individuo della prima ha conservato una fistola che pare esser durata per tutto il tempo della vita. Quello della seconda istoria dopo averne portata una per due anni è guarito completamente. Quest' ultimo fatto è molto curioso, e merita trovar posto in questo luogo. Una ragazza di trentadue anni si accorse che il suo ventre ingrossava, con febbre, dolori, vomiti frequenti, borborigmi, costipazione, orine laterizie. Essa fu giudicata idropica. Le fu fatta la puntura per mezzo della quale furono estratti quindici litri di umore limaccioso e puzzolente. Gli accidenti si calmarono, ma si riaffacciarono in capo a tre settimane con una nuova tumefazione di ventre. Questa volta Ledran fece una incisione alla linea alba sotto all' ombellico ed estrasse altrettanto liquore della stessa qualità. Fu posta una cannella nella ferita. Il sollievo non fu tale quale erasi sperato; ma al contrario sopravvennero nuovi accidenti, come delirio, e disgusto sì strano che la malata non poteva sopportare che il vino di Spagna, col quale solo fu sostenuta per tre settimane. Gli scoli erano sierosi e limacciosi. Se le facevano delle iniezioni detersive. Dopo qualche tempo si vide uscire vero pus. Ledran giudicò che un tumore scirroso che aveva sentito nel ventre, si fosse suppurato. Non s'ingannava Dopo quest'epoca il pus si fece di buona qualità, e non ne esciva più di una cucchjata per giorno. Ciò ha sussistito per due anni che la malata, avendo levata la sua cannella per pulirla non potè più rimetterla. Essa si trovò completamente guarita.

Altra oss. di Ledran.

Giudizio del metodo dell'incisione.

Ledran dice che in tutte le idropisie cistiche, curate da lui per mezzo dell' incisione esser questa la sola che sia arrivata ad una perfetta guarigione. Dunque ne aveva curate molte, ed in buon numero. Perchè non ha egli parlato delle altre? Quale successo ne ha egli ottenuto? Paragonando questi successi buoni o cattivi con quelli della puntura, si potrebbe decidersi per l'una o per l'altra di queste due operazioni. È verisimile che esso non abbia praticata l' incisione che nei due casi citati. Del rimanente è facile il giudicare di questo metodo. Se tutte le idropisie cistiche che avessero la loro sede fra il peritoneo e i muscoli del ventre, o nelle ovaie, e che il sacco che contiene il liquido fosse per ogni dove aderente al peritoneo; se queste idropisie fossero semplici e non complicate con scirrosità, di cui variano il numero e la grossezza; se le loro pareti fossero sottili; se non offerissero che una cavità; e che

fossero non divise in un gran numero di cavità diverse, come accade frequentemente, sarebbe possibile il tentare d' inciderle; ma molto vi vuole perchè le circostanze sieno così favorevoli. Il sacco che racchiude le acque si forma nella grossezza di tutt' i visceri del basso ventre, ed anco nella cavità di alcuni di questi visceri. Spesso la cisti non ha veruna adesione col peritoneo. Questo sacco ordinariamente è scirroso in diversi luoghi. Più ordinariamente ancora la sua grossezza è molto considerabile, e si divide in un gran numero di cavità le une delle quali comunicano insieme, mentre le altre non hanno veruna communicazione, in modo che non si potrebbero aprire senza il più gran pericolo. Bisogna dunque contentarsi di farvi la puntura: e anzi bisogna esservi determinato da ragioni pressanti, come è stato detto di sopra.

Oltre l' idea d' incidere le idropisie cistiche per vuotarle, farle suppurare e ravvicinarne le pareti, e cangiare questa malattia in una fistola, che si possa riguardare come un cauterio abituale, si è ancora avuto il pensiero di fare l' escisione delle ovaie, quando sieno sede dell' idropisia di cui si favella. Questa idea si è presentata a Laporte. Morand l' ha abbracciata con una specie di avidità, ed ha cercato provare che l' escisione dell' ovaia potesse essere tentata, poichè si fa con buon successo sugli uccelli, e su qualche quadrupede. Egli si fonda moltissimo su l' autorità di Felice Platner, su quella di Diemerbroeck, di Alessandro *ab Alexandro*, di Ateneo, di Franckenau, e d' Eischio. Per dire la verità pare che Platner abbia consigliato questa operazione, ma Diemerbroeck la rigetta assolutamente. Egli dice che la ferita che bisognerebbe fare al ventre sarebbe pericolosa, che esporrebbe a gravi emorragie per parte delle arterie spermatiche ed altre, e che per conseguenza l' escisione delle ovaie non può essere consigliata sopra le donne, e che si deve non solo astenersi da simili operazioni, ma di più averle in orrore. Biasima a questo proposito Platner, che riconosce per uomo di buon senso e per abile pratico.

Giudizio di questo metodo.

Alessandro ab Alexandro parla delle nazioni d' Arabia che castravano le donne sull' esempio degli Egiziani. Ateneo dice dopo Xanto, che Adramite re di Libia faceva pure castrare le donne per servirsene come eunuchi. Quando a Franckenau è possibile che egli abbia veduto una donna perder un' ovaia in conseguenza di ferita. Ma cosa concludere da ciò? Si può egli dire che l' ovaia malata possa cavarsi come quando è sana? 1. Ella è spesso aderente a tutte le parti vicine; 2. I suoi vasi si dilatano a misura che ella ingrossa; cosichè la sua es-

tirpazione esporrebbe a pericolose emorragie; 3. É qualche volta impossibile il sapere in una maniera positiva se la malattia che si deve combattere sia in questo corpo o in qualunque altra parte; 4. spesso le due ovaia sono malate nello stesso tempo, il che esigerebbe due operazioni in vece di una solamente; 5. Finalmente qual tempo si prenderebbe per questa operazione? Raramente il chirurgo ne è avvertito, perchè porta seco pochi incomodi. Altronde non si sa se il male continuerà, o se si limiterà e se diverrà stazionario. Si prenderà egli il tempo nel quale è già avanzato? Ma la grossezza del tumore aumenta il pericolo; e le sue adesioni, che possono essere numerose, renderebbero l' operazione impossibile. Bisogna dunque perdere di vista questi progetti, figli dell' intenzione di rendersi utili, ma che non sono stati meditati bastantemente.

FINE DEL TERZO TOMO.

TAVOLA

DELLE MATERIE

CONTENUTE

NEL TERZO TOMO.

Fine dell' Indice.

